



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA

IBEROAMERICANA S.C



INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE DE INCORPORACIÓN 8901-25

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CURSO TALLER PARA EL MANEJO DE LA DEPRESION EN ADULTOS

MAYORES DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

“LICENCIADA EN PSICOLOGÍA”

PRESENTA:

JAQUELINNE PALOMARES DOTOR

ASESOR DE TESINA:

MTRA. ILDA ROBLES GONZALES

XALATLACO, EDO. DE MÉXICO A 3 DE FEBRERO DE 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

No preguntes porque no fue antes, ni mucho menos porque no fue después.

Hoy es tu momento, hoy es tu día.

Vamos

Disfruta tus logros

Disfruta las risas

Disfruta el aprendizaje

Disfruta de los paisajes

Disfruta de las personas conocidas y alébrate por las que vas a conocer

Este es el momento perfecto para florecer

Jaquelinne Palomares Dotor

DEDICATORIA

A mi YO, que, a pesar del tiempo, circunstancias tomé la decisión de culminar este proyecto el cual hizo que me diera cuenta porque elegí esta carrera. Jaqueline hoy quiero decirte que te mereces esto y mucho más, eres una excelente persona.

A mis padres Agustín y Josefina que siempre han creído en mí y en mi potencial, agradezco por llenarme de amor, por trabajar tanto para que yo siempre tenga lo mejor y por siempre confiar en mí. Los amos.

A mis hermanos Yaneli, Agustín y Gustavo, que a pesar de que somos de diferente carácter y son más pequeños siempre me han dado buenos consejos, me han llamado la atención, me han visto como un ejemplo a seguir, ha apoyado mis decisiones, están en mis mejores y peores momentos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a la vida, al universo por tomarse el tiempo y la delicadeza de a verme creado, por darme esta esencia increíble, por hacerme parte de este mundo, por darme unos padres y unos hermanos increíbles que siempre me han apoyado en cada momento, cada paso que he dado en el camino de la vida.

A mis maestros de cada una de las etapas de mi formación académica, porque gracias a ellos y su conocimiento compartido, hoy tengo las herramientas necesarias para realizarme como profesionalista.

A la maestra Hilda Robles por dirigirme durante la elaboración de este proyecto, por su apoyo y orientación, sobre todo por su paciencia.

Al Lic. Juan Carlos Castro por compartirme de su conocimiento, experiencia, dentro del Centro Médico ISSEMYM, es digno ejemplo de real vocación.

GRACIAS

PRESENTACIÓN

En nuestro país todo el tiempo las personas están recibiendo la noticia desafortunada de una enfermedad crónica degenerativa la cual tendrá que pasar por un cambio radical en su vida actual como futura y este cambio se ve afectado principalmente en su estado emocional.

El paciente puede entrar en shock o romper en llanto al recibir la noticia ya que le será muy impactante saber que está perdiendo su completa salud, dentro de esto los primeros pensamientos que cruzan en la cabeza de un paciente es: que voy a hacer, ya no podre trabajar, voy estar mucho tiempo en el hospital, no quiero ser una carga, me voy a morir etc. Y a consecuencia de esto pueden recaer en una depresión la cual en su mayoría no es tratada, por ello es que se va a desarrollar un curso el cual se le brindara toda la información necesaria, entre los demás que se impartirán son, ¿qué es la diabetes?, ¿Cómo se genera?, ¿Cuáles son las consecuencias a corto, mediano y largo plazo?, ¿Qué es la depresión?, ¿Cuáles son los síntomas de una depresión?, tratamiento entre otros. Esta información ayudara a que el paciente se encuentre más informado, se sienta con apoyo del área médica como el área psicología así mismo tenga un mejor afrontamiento hacia la enfermedad, un buen acompañamiento en su proceso de cambio el cual obtendrá como resultado una mejor calidad de vida así como una mejor perspectiva de la vida, porque padecer Diabetes Mellitus no es el fin de su vida, al contrario, hoy en día puedes llevar una vida plena con ciertos cambios necesarios que deberás incluir en tu día a día.

JUSTIFICACIÓN

Hoy en día las diversas enfermedades crónico-degenerativas están aumentando de forma rápida. Nuestro país ocupa el noveno lugar en personas diabéticas que para el 2025 se ocupara el séptimo lugar según estudios realizados por la UNAM.

Por otra parte la depresión es la principal causa de discapacidad en México, por ello es necesario empezar a hacer que las enfermedades crónicas y la promoción de la salud sea un tema principal de nosotros como profesionistas, principalmente el área de la salud mental, ya que la mayoría si no es que a todas las personas que pasan por una situación donde reciben el diagnostico de una enfermedad crónico- degenerativa, no son referidas al área psicológica, sin embargo es muy importante que la persona visite a un profesional de la salud mental. El perder la completa salud es un cambio repentino para el paciente quien pasara por un proceso de duelo, veamos que el perder la completa salud es como perder una pareja, un familiar cercano, una amistad o incluso el perder un objeto con valor sentimental, lo cual provoca dolor, llanto, desanimo, tristeza, mal humor, pérdida del apetito, pensamientos negativos e incluso pensamientos de muerte, a todo este conjunto de síntomas le llamamos depresión.

Por ello es que se implementara un curso taller donde los pacientes recibirán apoyo, información y estrategias para el manejo de la depresión, así como para su enfermedad diagnosticada (DM-2) lo cual ayudara a tener una mejor calidad de vida.

Introducción

En cada etapa de la vida el ser humano experimenta una serie de cambios que afectan su estado emocional, físico, económico y social, son pocas las personas que realmente se preocupan por su etapa de adultez y vejez, por ende, las enfermedades o circunstancias que puedan o no ocurrir al proceso de estas.

En la siguiente investigación se toma como principal prioridad al adulto mayor con diagnóstico reciente en “Diabetes Mellitus Tipo 2” que la enfermedad desencadena depresión, está dividido en los siguientes capítulos, el cual nos hablara de la etapa del adulto mayor y todo el proceso que conlleva;

para las personas adultas no van a realizar actividades de alto impacto, pero claro podrán realizar caminata o trotar y es más recomendable si lo realizan al iré libre, esto ayudara a eliminar estrés acumulado, también mantendrá activo su cuerpo para las personas que presentan DM-2, además de que nos va ayudar a disminuir depresión ya que el estar realizando una actividad estaremos ocupando nuestra mente y por ende no le seguiremos dando lugar a la depresión, esto lo hablaremos más afondo en los siguientes capítulos.

Por otra parte, el capítulo dos, hablaremos sobre la Diabetes Mellitus, según **La guía para el manejo de diagnóstico y tratamiento de diabetes Mellitus en el adulto mayor vulnerable**, realizado por el IMSS; considerada un problema de salud a nivel mundial. En México, la prevalencia oscila entre 20 y 22%, siendo considerada la principal causa de muerte ligada a enfermedad cardiovascular. IMSS (S/F).

Dentro de las personas que padecen esta enfermedad encontraremos que en su mayoría lo presenta adultos mayores, agregando otras enfermedades que llegan a padecer dentro de esta etapa, una de las enfermedades ligadas a la presencia de cualquier enfermedad es la depresión y esta la retomaremos en el siguiente capítulo.

La depresión es un estado emocional que alguna vez todos hemos pasado, lo veremos cuando perdemos a una persona, un objeto, una relación de pareja o la pérdida de nuestra salud, la cual la mayoría de las personas no lo toman con tanta importancia incluso ni siquiera se dan cuenta que lo están padeciendo, en este capítulo vamos a retomar los diferentes tipos de depresión, los síntomas y el tratamiento psicológico.

Entre ellos encontraras nuestro curso-taller el cual te mostrara estrategias, para una buena alimentación, rutinas de ejercicio tomando en cuenta tu peso, estado de glucosa, además de tu estado físico; adherencia al tratamiento farmacológico y el más importante para el área de la salud mental es el control de su estado emocional, ya que será el principal motor para una mejor calidad de vida para el paciente diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo 2.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR.....	12
1.1 DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR.....	13
1.2 CLASIFICACIÓN DE EDADES DEL ADULTO MAYOR.....	15
1.3 ENVEJECIMIENTO.....	16
1.4 CAMBIOS DURANTE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.....	17
1.4.1 <i>Cambios Biológicos</i>	17
1.4.2 <i>Cambios Fisiológicos</i>	18
1.4.3 <i>Cambios Cognitivos</i>	20
1.4.4 <i>Cambios de la personalidad</i>	20
1.4.5 <i>Cambios Sociológicos</i>	21
1.4.6 <i>Cambios Sociales</i>	22
1.4.7 <i>Cambios psicológicos</i>	23
1.5 VALORES EN LA FAMILIA.....	27
CAPITULO II: DIABETES MELLITUS.....	30
2.1 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL PÁNCREAS.....	31
2.2 CONCEPTO DE DIABETES MELLITUS.....	33
2.3 FISIOPATOLOGÍA.....	34
2.3.1 <i>El hígado como otro órgano importante dentro de la DM</i>	35
2.3.2 <i>La insulina</i>	36
2.3.3 <i>El glucagón</i>	38
2.3.4 <i>La Somatostina</i>	38
2.4 ETIOLOGÍA.....	39
2.5 EPIDEMIOLOGÍA.....	42
2.6 CLASIFICACIÓN DE DIABETES MELLITUS.....	44
2.6.1 <i>Diabetes Mellitus Tipo 1</i>	44
2.6.2 <i>Diabetes Mellitus Tipo 2</i>	45
2.6.3 <i>Otras Clasificaciones</i>	45
2.7 SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	46
2.8 DIAGNOSTICO.....	47
2.9 TRATAMIENTO.....	50
2.10 PREVENCIÓN.....	52
2.11 ALIMENTACIÓN.....	53
2.12 EJERCICIO.....	55
2.13 COMPLICACIONES.....	57

CAPITULO III: DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR.....	58
3.1 DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN.....	59
3.2 TIPOS DE DEPRESIÓN.....	59
3.3 PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR.....	60
3.4 FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR.....	61
3.5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS GENERALES DE LA DEPRESIÓN	64
3.6 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN COMO FACTORES PRINCIPALES EN LA DM-2.....	65
3.7 LA INTERACCION DM-2 Y LA DEPRESION.....	66
3.8 DIABETES MELLITUS COMO ENFERMEDAD.....	67
CAPITULO IV: METODOLOGÍA A DESARROLLAR.....	69
4.1 ÁREA DE ESTUDIO	70
4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	70
4.3 HIPÓTESIS.....	70
4.4 VARIABLES	71
4.5 UNIDAD DE ANÁLISIS	72
4.6 UNIDAD DE MEDIDA	72
4.7 OBJETIVO GENERAL.....	72
4.8 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	72
4.9 DISEÑO DE INVESTIGACION.....	73
4.10 TIPO DE ESTUDIO.....	73
4.11 TEORIA	74
4.12 PERSPECTIVA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	74
4.12.1 Antecedentes de la TRE (Terapia Racional Emotiva)	75
4.13 METODO.....	77
4.13.1 Curso taller para el manejo de la depresión en adultos mayores diagnosticados con DM-2.....	77
4.13.2 Estructura del curso taller	78
4.14 TECNICA.....	83
4.14 El rectángulo del diabético.....	83
4.15 INSTRUMENTO.....	84
4.16 POBLACION.....	87
4.17 MUESTRA.....	88
4.18 CRITERIOS DE INCLUSION	88
4.19 CRITERIOS DE EXCLUSION.....	88

4.20	SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	89
	GLOSARIO.....	90
	ANEXOS.....	95
	BIBLIOGRAFIA.....	103
	CIBERGRAFIA.....	106

Capítulo I:

*“Nadie crece viejo simplemente viviendo un número de años; Envejecemos abandonando
nuestros ideales.*

Los años pueden arrugar la piel, pero renunciar al entusiasmo arruga el alma “

(Samuel Ullman)

ASPECTOS GENERALES DEL ADULTO MAYO

1.1 DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) el adulto mayor es el sujeto de 60 años en adelante, que entra en la última etapa del desarrollo humano llamada envejecimiento, la cual terminará en el momento en que fallece, y se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento (OMS, 2006).

Ha hora bien; el envejecimiento es un proceso estocástico que ocurre después de alcanzar la madurez reproductiva y que deriva de un progresivo incremento en el desorden molecular el desorden es progresivo, el proceso de envejecimiento incrementa la vulnerabilidad de los hombres a la enfermedad y los accidentes.

Es importante resaltar que; una característica fundamental del proceso de envejecimiento es la disminución de la capacidad para mantenerla homeostasis lo cual se manifiesta de, manera característica como una incapacidad de adaptarse ante estímulos estresantes internos o externos, no tanto como cambios en los parámetros basales. El envejecimiento se manifiesta desde el orden molecular hasta el nivel de órganos y sistemas.

Sin embargo, el envejecimiento normal produce casi siempre un incremento de la vulnerabilidad.

Subrayando que, los cambios fisiológicos del envejecimiento son efecto del simple paso del tiempo y son universales y progresivos, implican modificaciones morfológicas y fisiológicas

con afectación de todos los sujetos y sistemas organismos aún si la intensidad y ritmo de este cambio muestran una notoria variabilidad individual.

Por lo que tales cambios están determinados por factores de carácter genético y molecular. Por lo cual provoca mayores riesgos en cuanto a la Morbi-mortalidad. Desde otra perspectiva el envejecimiento es la dificultad para mantener la homeostasis bajo condiciones de estrés fisiológico, la declinación gradual del rendimiento para mantener esta homeostasis es parte de la diversidad fisiológica que es en realidad el signo distintivo del envejecimiento.

Por lo que el proceso de envejecimiento del ser humano depende de modo muy directo de dos grandes factores: el capital genético, el ritmo y las condiciones de vida, muy ligadas tanto a la organización social en que la persona se inserta como a la situación educativa, cultural sanitaria y alimentaria, así como la laboral, las condiciones de consumo de productos tóxicos y perjudiciales para la salud y la exposición a ciertos contaminantes ambientales.

Por ello es preciso establecer un umbral en el que se inicia la vejez, por lo que se considera el umbral de los 60 años para el comienzo de la vejez dado que a partir de esa edad todas las personas empiezan a experimentar cierto deterioro hasta el momento se pueden delimitar tres grupos de edad en esta etapa del ciclo vital con base en criterios de actividad económica, intelectual, cognoscitiva, cultural de salud y esperanza de vida.

Sin embargo, muchos ancianos son del todo funcionales, independientes y solventes en lo económico con frecuencia el envejecimiento se relaciona con limitaciones funcionales derivadas de enfermedades crónicas y discapacidad, se sabe que quienes tienen ciertos factores externos como el acceso a sistemas de apoyo social inciden en el proceso de envejecimiento por factores conductuales, familiares, ambientales, y biológicos que influyen

en el modo en que la persona come, vive y hace ejercicio, el conocer y respetar estos factores tal vez no prolongue la vida pero seguramente contribuye a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Luckman (2000)

1.2 CLASIFICACIÓN DE EDADES DEL ADULTO MAYOR

De acuerdo, al estudio de la geriatría y la gerontología, ante todo se necesita establecer una definición de anciano y, en general de las edades que interesan a estas disciplinas después de la infancia, adolescencia y edad adulta.

1. Edad intermedia: Abarca aproximadamente de los 45 a los 60 años y también se denomina presenil, primer envejecimiento o crítica. En esta edad aparecen los primeros signos de envejecimiento, que presentan muy a menudo una tendencia o predisposición al desarrollo de varias enfermedades que requieren sobre todo medidas preventivas. El término edad intermedia esta aceptada por la Organización Mundial de la Salud.

2. Adulto mayor: Es el periodo de los 60 o 70 años y se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada, que requieren diagnóstico y tratamiento oportuno.

3. Senilidad o vejez declarada. Esta edad se inicia alrededor de los 70 años e incluye en sentido estricto al anciano, con una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico, social y, sobre todo de rehabilitación por los estados de minusvalidez provocados por las enfermedades y su cronicidad.

4. A los mayores de 90 años suelen llamarse longevos, refiriéndose también a algunas características fisiológicas generales de esta etapa. Nicola (1981)

1.3 EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso donde las personas adultas mayores disminuyen su funcionamiento del cuerpo, cambian su apariencia física y presentan enfermedades tanto físicas como mentales.

Según Morales, Martínez (2015) lo define: "Proceso individual, progresivo, dinámico, e irreversible, que involucra la disminución de las capacidades de los diferentes órganos y sistemas para responder a cambios en el medio ambiente o medio interno; en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales y no existe una causa única que explique por qué se envejece, sino un conjunto de factores interrelacionados" Morelos, Martínez (2015)

De acuerdo con lo anterior podemos determinar que el envejecimiento es una etapa en la cual el ser humano comenzara con un deterioro significativo tanto físico como emocional, por ello es un punto importante para nuestra investigación ya que la mayoría de las personas que pasan por este proceso natural del ser humano no se lleva de la mejor manera y es importante para la persona acompañarla previo a la llegada de esta etapa, en muchas ocasiones viene acompañada de una enfermedad la cual también provocara un desequilibrio más en esta etapa.

1.4 CAMBIOS DURANTE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento que presentan los adultos mayores se manifiesta fundamentalmente por el deterioro progresivo, a través del paso de tiempo el cuerpo presenta cambios de retroceso, con alteraciones funcionales hasta llegar a la muerte. Philip, (1997).

Entre los cambios más sobresalientes dentro del proceso de envejecimiento destacan los siguientes:

1.4.1 CAMBIOS BIOLÓGICOS

Desde un enfoque biológico, se refiere a la disminución de las funciones fisiológicas que se presentan en la tercera edad debido al deterioro orgánico. A partir de allí se define un envejecimiento primario y uno secundario.

El envejecimiento primario se enfoca en la herencia, en la cual, a pesar de los factores que influyen como las enfermedades o traumas, también hay cambios inevitables que se dan con el paso del tiempo, aunque a ritmos diferentes entre personas. El envejecimiento secundario por su parte, se refiere a la pérdida de las capacidades ocasionadas por los traumas, caídas o enfermedades. Rodríguez (2011)

Así mismo, se mantiene dos tipos de envejecimiento:

- ***Envejecimiento intrínseco o envejecimiento biológico:*** Es un proceso inevitable, genéticamente determinado, que progresa lentamente a medida que avanzamos en edad, pero puede acelerarse por factores ambientales.
- ***Envejecimiento extrínseco:*** No se trata solo de procesos celulares, sino que es una respuesta al proceso de adaptación a los factores externos propios del

medio ambiente, se produce como resultado de la exposición diaria a los radicales libres procedentes de fuentes variadas tales como: exposición a la radiación ultravioleta, al humo de tabaco y a la polución.

Por lo cual; estos radicales libres dañan lípidos, proteínas y ADN, lo cual limita la capacidad de las células para funcionar y para mantener su integridad. Alves (2013).

De acuerdo con, lo anterior podemos decir que: los cambios biológicos se engloban en tres perspectivas molecular, celular, y sistémica, las cuales pueden traducirse en pérdida celular y pérdida de la vida,

1.4.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS

- **Problemas de irrigación sanguínea:** La caja torácica se vuelve más rígida, lo que disminuye la capacidad respiratoria, el ritmo cardiaco aumenta la presión arterial y disminuye el suministro sanguíneo, debido a la disminución del volumen de contracción del corazón.
- **La sexualidad:** Generalmente existe una atrofia de las glándulas sexuales, lo que hace que se disminuya la activación sexual. Es importante mencionar que esto no significa que desaparezca la actividad sexual normal, sino que cambia el nivel de actividad sexual.
- **Los sentidos:** Los procesos sensoriales, los ojos y los oídos son los órganos que envejecen antes, es por ello que existe una precoz limitación de sus funciones. Márquez y Meléndez, (2002).

- **Cambios somáticos:** Se caracteriza por una serie de transformaciones progresivas e irreversibles, en función de la edad. Existen modificaciones de los tejidos, de los huesos, las glándulas, la postura corporal, el color de los cabellos y, en general, del estado de salud.
- **Piel y anexos:** La piel pierde la elasticidad, disminuye la vascularidad y la grasa subcutánea, se presentan hematomas por la fragilidad del cuerpo humano, presenta pigmentación de la piel por la disminución de melanocitos. Durante la función de las glándulas sudoríparas se originan trastornos en la termorregulación, presentándose del encanecimiento y la alopecia. La piel al perder elasticidad se decae los párpados, hay una reducción de las lágrimas, el ojo se muestra seco, disminuye de tamaño y hay un entecimiento a la reacción de la luz. Nájera y Romero, (2007).
- **Alimentación:** Las personas mayores necesitan tener una dieta adecuada, aunque cabe decir que la mayoría de los ancianos que viven solos no tienen cuidado en lo que comen. Cuando éstos viven con su familia, normalmente con sus hijos, esto cambia, ya que la familia procura que el adulto mayor coma alimentos nutritivos.

La relación del anciano con su familia propicia su salud física, por el control de la calidad y regularidad de su alimentación. El adulto mayor presenta grandes cambios en su metabolismo, los alimentos ingeridos ya no son propicios por el aparato digestivo. En ocasiones, por la falta de dentadura, el alimento ya no es procesado igual. Moragas, (1991).

1.4.3 CAMBIOS COGNITIVOS

Entre las alteraciones de las funciones cognitivas destacan el enlentecimiento global de los procesos mentales (el tiempo de recuperación de datos desde la memoria primaria o secundaria se incrementa en un 20-25% a partir de los 70 años) y una disminución de la capacidad de aprendizaje, fundamentalmente por dificultad para realizar las operaciones necesarias para un buen rendimiento de la memoria y trastornos de la misma (más marcados en la memoria secundaria, que es la que almacena lo codificado y organizado tras el estímulo sensorial). Con respecto a la inteligencia, el cociente intelectual no parece disminuir con la edad aunque se considera que hay una alteración de la inteligencia cristalizada (vocabulario, conocimientos generales). Moragas, R. (1991)

El lenguaje, en cuanto a la capacidad fonética, sintáctica y de comprensión del mismo permanece estable o mínimamente deteriorada, mientras que la denominación –fluidez verbal- se deteriora con la edad.

Así mismo, se observa un deterioro del pensamiento abstracto con déficit en formación de conceptos, orientación visu-espacial, sobre todo en situaciones no familiares, y menor eficacia en las estrategias de planificación de situaciones complejas (funciones ejecutivas).

1.4.4. CAMBIOS DE LA PERSONALIDAD

Aunque no puede hablarse globalmente de una modificación de la personalidad con el envejecimiento, si parece que durante esta etapa de la vida son más frecuentes una serie de rasgos, entre los que destacan los paranoides y las quejas hipocondriacas.

La teoría del narcisismo postula que el individuo se va adaptando a las pérdidas a lo largo de su proceso vital. Solo el desarrollo de patológico de la propia persona daría lugar a personalidades muy frágiles con tendencia a establecer relaciones de gran dependencia con el otro, condicionando pautas de comportamiento en las que el reforzamiento de la autoestima es continuo.

Estas personalidades frágiles e inmaduras toleran mal las pérdidas asociadas a la edad, pudiendo originar cuadros depresivos o actitudes maníacas compensadoras. Todos estos cambios, sean cuales fueren la causa o la explicación que puedan darse, colocan al anciano en una situación de fragilidad frente a la enfermedad.

Las modificaciones psicológicas que acompañan al envejecimiento, si bien no son generadoras de patología, si predisponen a la aparición de esta, sobre todo si concurren situaciones ambientales que pueden afectar al inestable equilibrio psicológico del individuo anciano. Guillen, (2008).

1.4.5 CAMBIOS SOCIOLÓGICOS

Es de destacar que los cambios que se introducen en las políticas sociales para mejorar la cantidad y calidad de vida no son dictados por el avance de los conocimientos científicos, sino por decisiones políticas y económicas que reflejan el pensamiento y las necesidades sentidas por la sociedad donde se producen. Guillen (2008).

1.4.6 CAMBIOS SOCIALES

Los cambios sociales en el **AM** (adulto mayor) se marcan por indicadores como son: jubilación y familia.

- **Jubilación:** Es un servicio administrativo al que el trabajador tiene derecho, y se refiere de pasar de la situación laboral activa a la pasiva, este servicio se realiza una vez que dicha persona ha alcanzado una edad máxima legal para trabajar o ya ha trabajado determinado tiempo por lo que se le permite abandonar el ambiente laboral. Además, se le da una prestación que consiste en un pago mensual hasta que siga vivo. García (2011).

La jubilación se acompaña de una pérdida de poder adquisitivo, el adulto mayor se ha acostumbrado a poder adquirir todo lo que desee o por lo menos lo que necesite; ahora y como muchos adultos mayores mencionan, ya no les es suficiente para poder disfrutar gustosamente esta etapa de la vida, se observa también una disminución del estatus económico y potencialmente generador de problemas sociales y psicológicos sobre todo familiares.

- **Familia:** La mayoría de los derechos, obligaciones y necesidades básicas de las personas se expresan y satisfacen en la familia extensa de tres generaciones. En general se pertenece a ese tipo de familia desde el nacimiento hasta la muerte. Existe a lo largo del ciclo vital una continuidad con la familia extensa. Se da una reciprocidad de intereses, relaciones y servicios. Es la solidaridad intergeneracional. La familia se regenera continuamente a través del ciclo de

nacimiento, matrimonio y muerte enrolando a miembros nuevos a medida que mueren los viejos. Fernández (2009).

En ella se gesta la civilización y se establecen las bases de la sociedad, esta es la que enseña los valores y creencias, repercutiendo en la sociedad por los buenos o malos actos que se realicen en su interior. González, (2012)

De acuerdo con lo anterior; la familia juega un papel importante y valioso en la vida del adulto mayor puesto que, para la mayoría de los AM es de gran satisfacción e influencia positiva la unión que exista dentro de la misma. Para aquello que padecen alguna enfermedad, los integrantes de su familia son el pilar para poder sobrellevar la enfermedad, dado que se convierten en los principales cuidadores si es que lo requiriera; aunque por el lado contrario, existen las familias en las que el se convierte en el cuidador de los hijos, los nietos, la casa, etc., otorgándole responsabilidades extras que no necesariamente tendría que cumplir.

1.4.7 CAMBIOS PSICOLÓGICOS:

La principal tarea es la de comprender y aceptar su propia vida y hace uso de su experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdidas. Las personas han de adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación o retiro del trabajo y a su propia muerte.

A medida que tratan estos temas, sus motivaciones pueden variar, de esta forma se presentan diversas teorías:

➤ **Ultimo estadio de Erickson: “integridad versus desesperación”**

Hace referencia a la culminación de la resolución triunfante de las siete crisis previas en el desarrollo a lo largo de la vida, por lo que pudo haber sido o por lo que debería haberse hecho en forma distinta.

Además de que implica la aceptación de los propios progenitores como personas que hicieron lo mejor que pudieron, haciéndose merecedoras de nuestro amor, aun cuando no fueron perfectas. También consiste en la cercanía de la propia muerte como fin inevitable de la existencia de la vida. Amelia (2005)

Quien ha fallado en tratar de resolver la crisis “teme desesperadamente a la muerte expresado en el sentimiento de que el tiempo es ahora corto para volver a comenzar otra vida y buscar caminos alternativos hacia la integridad” Erickson (1986).

➤ **Teoría de la desvinculación, el desapego, la desafiliación**

La presente teoría es abordada por Cummings & Henry (1961) explica el proceso de envejecimiento en base en los cambios en las relaciones que producen entre los individuos y la sociedad de forma comprensiva, explícita y multidisciplinaria. Se basó en el estudio longitudinal de la ciudad de Kansas sobre la vida adulta donde se destacó la disminución de contactos sociales que ocurren con la vejez.

Por lo cual esta concepción supone que existe en la persona adulta mayor un retiro gradual y natural de los contactos sociales, considerándose un proceso lógico y universal de adaptación a las nuevas circunstancias vitales y a sus meras capacidades sensorio-motrices.

Por lo tanto, este proceso se consideraba deseable y normal en el sujeto. Además de significar un ahorro de energía que permite evitar los conflictos con el entorno y una preparación para la muerte. Retomosa (s/f)

Por otra parte, se puede distinguir tres factores en dicha desvinculación.

- a) **El primero** y uno de los más importantes, es la pérdida de roles al cambiar la posición del individuo en la sociedad, por ejemplo, en la jubilación.
- b) **El segundo** de orden más psicológico, es definido por la cercanía de la muerte y de un futuro limitado, la toma de conciencia de esta situación llevará al viejo a centrarse en sí mismo.
- c) **El tercer** factor se basa en la evolución biológica del adulto mayor, quien asume que la pérdida de las capacidades sensorio-motrices no permitirá mantener el mismo nivel de actividad.

Por lo tanto, se produce una adaptación tanto a nivel individual como social, permitiendo un recambio generacional a nivel socioeconómico visto como productivo y funcional para la sociedad, es así que se da el retiro de las personas mayores de algunos papeles y roles en la sociedad. Lehr & Thomas (1965)

Esta teoría la sustentan los siguientes autores:

En relación a esto, Lacub (2011) alude que con la pérdida de la fecundidad se solía hablar de dos muertes, la reproductiva cuando el sujeto muere para la especie y la del individuo propiamente dicho. Actualmente se puede considerar la muerte social del adulto mayor producido por la pérdida de espacios de valor, inserción y reconocimiento.

Para Cumings & Henry (1961) este proceso es pico-fisiológico, no depende de variables sociales por lo que significa que se produce en todo tipo de cultura y tiempo histórico. Al ser algo inevitable los profesionales de la salud deben orientar al viejo a aislarse.

Freud por su parte y post-freudianos, contribuyeron a la concepción pesimista del envejecer, ser viejo era llegar a la máxima maduración posible desde lo físico como desde lo psíquico.

Por lo cual, se produciría una involución o regresión a etapas más primitivas, donde comenzarían a replegarse en sí mismos, sintiéndose frustrados y resentidos, trayendo como consecuencia depresión o senilidad.

➤ **Teoría de la actividad**

La cual surge en oposición a la teoría del desapego, el autor alude que las personas adultas mayores que no tienen actividades o pierden roles sociales (como por ejemplo la jubilación) deben mantenerse siempre en actividad evitando de este modo el estado de alienación e inadaptación. Esto se puede visualizar en la actualizada, donde las personas adultas mayores se encuentran en una suerte de activismo. Maddox, (1968).

Como aspecto positivo de la presente teoría es que se toma en cuenta la personalidad del individuo, así como los cambios biológicos y sociales, por lo que el envejecimiento estará visto desde la personalidad previa y no será atribuida únicamente por su edad. Salvarezza (1988).

De acuerdo con, la teoría de Desapego y la teoría de la Actividad tienen un mismo punto de partida, aunque son opuestas. La diferencia reside en que en la primera teoría se aconseja la desvinculación de la persona adulta mayor a las actividades a su entorno; en la segunda se

buscará sustituir los roles y prácticas perdidas, por lo cual son meramente importantes ya que el adulto mayor tendrá que generar otras actividades que le ayudaran a el manejo de la depresión, entre más ocupado este el estado depresivo disminuirá progresivamente.

Además, en cuanto a la enfermedad crónica degenerativa DM-2(Diabetes Mellitus tipo 2) le será más fácil la aceptación y la adaptación a su nueva vida dándole una mejor calidad, resaltando que será la única persona responsable de este cambio.

1.5 VALORES EN LA FAMILIA

Los valores familiares sólidos y afectivos constituyen una alternativa para el funcionamiento de la sociedad, estos son ideales porque vivir, sirven como base de acciones y son cruciales para la toma de decisiones, nos ayudan a elegir lo que somos en la vida, cuando una familia tiene los mismos valores, sus integrantes tienden a acatarlos y a expresarlos en la sociedad donde interactúan. Las familias tienen diferentes valores y creencias. Moreno y Suarez (s/F)

Cabe resaltar que, a honestidad el respeto hacia los padres, la felicidad y el autocontrol de la misma familia, los valores familiares afectuosos tienden a ser más seguros en la etapa del adulto, cuando estas son más afectivas dejan huella por el tipo de cuidado que se dé al adulto mayor, los niños aprenden desde el nacimiento, esto se trasmite de familia en familia. González (2012)

Puesto que, la familia es referencia de vida de cada persona en nuestra sociedad; son estructuras complejas en donde se vierten las emociones de los individuos, son filosofías de

vida en donde se mantienen los vínculos afectivos, valórales y en donde se ponen más a prueba los conflictos humanos.

Sin embargo, en el seno de la familia se producen procesos básicos: la expresión de sentimientos, adecuados o inadecuados, la personalidad del individuo o patrones de conducta; todo esto se aprende en la dinámica familiar y así aprenderán enseñarán a sus hijos; por lo tanto, esto trasciende de generación en generación.

Resaltando que; la familia es un centro de expresión espiritual (dentro de la súper estructuración del desarrollo). Cuando su integración es positiva, dentro de ellas se generan los valores más íntimos del espíritu: amor, bondad; toda una serie de expresiones éticas y de felicidad personal; pero al mismo tiempo si no sucede así la familia viene siendo el centro de sufrimiento o malestar más grande del hombre. Los miembros de una familia tienden a parecerse, no sólo fenotípicamente sino conductualmente. Moreno y Suarez (s/F)

Entonces, con lo ya retomado la familia es un pilar importante en la vida del ser humano ya que son el primer apoyo en el desarrollo como personas, así mismo en la formación de valores que ayudara a mantener un equilibrio emocional ante cualquier situación que se presente en tal desarrollo.

La familia es parte principal en el cambio del adulto mayor ya que ayudara a motivar, fijar metas a corto o largo plazo, más aún si la persona mayor va a enfrentar una situación de perdida completa y bienestar de salud. Este proceso de pasar de un estado de salud completo

aun estado de enfermedad, es un cambio muy brutal para el paciente que lo está padeciendo, para ello se requiere siempre de un cuidador primario que acompañe dicho proceso que le permita sentir el apoyo durante el proceso, manteniendo una mejor calidad de vida. Puesto que el adulto mayor no cuente con un apoyo familiar o cercano, se le debe brindar estrategias para valerse por sí mismo.

Este tema es de suma importancia para dicho taller ya que la familia es el pilar más importante para un ser humano aún más a aquel que está atravesando por una situación de enfermedad ya que esta por realizar un cambio total a su vida. En el siguiente capítulo se retomará como tal la diabetes Mellitus, que es la principal enfermedad que se estará retomando en esta investigación.

CAPITULO II

“Por amor, no solo copiamos los valores de nuestros padres, sino también sus enfermedades”

Alejandro Jodorowsky

“Cuando acabes un largo tratamiento de salud, no pienses en el sufrimiento que fue necesario afrontar, sino en la bendición de Dios que permitió tu cura”.

Paulo Coelho

DIABETES MELLITUS

2.1 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL PÁNCREAS

De acuerdo con la investigación es importante saber la anatomía y fisiología de este órgano llamado páncreas ya que es principal responsable de la enfermedad diabetes Mellitus.

A hora bien se retomará la definición de “Páncreas”: Es una glándula de color rosa grisáceo, de 12 a 15cm de longitud, que se extiende en sentido casi transversal sobre la pared abdominal posterior, desde el duodeno (que es la primera parte del intestino, justo a la salida del estómago) hasta el bazo, por detrás del estómago.

Por otra parte, su porción más hacia la derecha se le denomina cabeza y se conecta con el cuerpo por un cuello; la extremidad izquierda (más estrecha) se conoce como cola, llegando a contactar con el bazo.

Debido a su localización, el páncreas está en contacto con gran cantidad de vasos sanguíneos y linfáticos, así como de estructuras nerviosas, no solo propias, sino también de los órganos que lo rodean. Tortora (2004).

Sin embargo, el páncreas se distingue de tres zonas principales:

- **Cabeza:** es la parte más gruesa, está situada a la derecha, colocada por detrás del hígado y rodea parcialmente al duodeno (primera porción del intestino delgado).
- **Cuerpo:** situado por detrás del hígado e intestino delgado.
- **Cola:** es la parte más estrecha, se encuentra a la izquierda, en contacto con la cara posterior del estómago y con el bazo.

A hora bien, la función del páncreas, constituida por lobulillos que se agrupan entre sí, desembocando en pequeños conductos.

Por lo tanto, participa de forma fundamental en los procesos digestivos del cuerpo, ya que se encarga de elaborar y secretar el tubo digestivo, gran cantidad de enzimas y sustancias necesarias para el proceso de digestión y absorción de los alimentos.

De acuerdo con, la síntesis de las diferentes sustancias que forman las secreciones digestivas la ejercen la mayor parte de las células pancreáticas. Posteriormente estos jugos pancreáticos son conducidos a través del conducto secretor, hasta un conducto común al que también derivan las secreciones de la vesícula biliar, para llegar finalmente al intestino.

Se debe agregar que estas estructuras lobulillares, se encuentran repartidos grupos especiales de células llamadas “islotos de Langerhans”. Constituyen, aproximadamente, un 5 % del total de células del páncreas y su función es la síntesis de hormonas como insulina, glucagón y Somatostina.

Por lo que, estas sustancias pasan directamente a la sangre y son necesarios para el metabolismo de los nutrientes y sobre todo para mantener los niveles adecuados de la glucosa, que es la fuente de energía esencial de nuestro cuerpo. Páncreas. Guía para pacientes y familiares (2017).

Por otra parte; la constelación de anormalidades producida por la deficiencia de insulina se denomina Diabetes Mellitus. Los médicos griegos y romanos utilizaron el término Diabetes para referir los trastornos en los cuales el hallazgo principal consistía en un gran volumen urinario y diferenciaron dos tipos:

- Diabetes Mellitus en donde la orina tenía un sabor dulce
- Diabetes insípida se reserva para el trastorno en el cual se presentan deficiencias de la producción o de la acción de la vasopresina

Por lo tanto, la palabra Diabetes sin modificación por lo general se utiliza como sinónimo de Diabetes Mellitus. Harrison (2006).

2.2 CONCEPTO DE DIABETES MELLITUS

De acuerdo a la OMS define “diabetes” como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. OMS (2015)

Tomando en cuenta que la insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. 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.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento o control de la DM, es la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Con relación a las fases finales de la diabetes pueden producirse una afectación extensa prácticamente de todos los sistemas orgánicos, afectación que se caracteriza por:

- a) Microangiopatía con engrosamiento de la membrana basal capilar.
- b) Macroangiopatía con arterioesclerosis acelerada.
- c) Neuropatía que interesa los sistemas nerviosos periférico y vegetativo.
- d) Alteración neuromuscular con atrofia muscular.
- e) Embriopatía.
- f) Disminución de la resistencia de las infecciones.

Por lo que a veces no se descubre la hiperglucemia hasta que aparecen complicaciones crónicas de la diabetes mellitus, como nefropatía, retinopatía, infarto de miocardio o gangrena de las extremidades inferiores. Tapia (2004).

2.3 FISIOPATOLOGÍA

De acuerdo con, la American Diabetes Association; La Diabetes Mellitus es una deficiencia absoluta o relativa de insulina y consecuentemente de sus efectos metabólicos. En la diabetes Mellitus tipo 1 se ha encontrado desde insulinopenia total hasta la presencia de anticuerpos que impiden la acción de la hormona sobre los tejidos.

Por otra parte, en la diabetes tipo 2, el hallazgo más constante es el de hiperinsulinismo y disminución periférica en los receptores de insulina.

Por lo que, esta enfermedad se centra principalmente en los siguientes factores:

- El comportamiento alterado de las células beta del páncreas.
- El hígado por su capacidad de transformar los aminoácidos y ácidos grasos en glucosa.
- La acción de otras hormonas (la insulina, el glucagón, etc.) por su interacción con la insulina.
- Otras muchas y variadas sustancias en función de cuál sea su capacidad para aumentar o disminuir la glucemia.
- Las células beta del páncreas: Son las encargadas de producir la insulina, hormona imprescindible para el metabolismo de los hidratos de carbono. Kuri (2007).

2.3.1 EL HÍGADO OTRO ÓRGANO IMPORTANTE DENTRO DEL CUADRO DE LA DIABETES MELLITUS

La carencia o disminución de la insulina, es la que determina la incontabilidad, por parte del hígado, de la producción de glucosa y de los importantes procesos de citogénesis y lipólisis.

En efecto si la insulina que dispone el organismo resulta insuficiente, la glucosa no puede ingresar dentro de las células y en consecuencia, aquellas se quedan sin el necesario aporte energético que estaba previsto que les llegará a través de ella. Por eso el organismo libera grasa y proteínas de donde estaban almacenadas (tejido adiposo y muscular), para tratar de aportar a las células la energía que necesitan.

Por otro lado los ácidos grasos y los aminoácidos que no son quemados inmediatamente por las células son transformados por el hígado en glucosa, que pasa de nuevo a la sangre, si en ese momento hubiera insulina disponible la llegada a la sangre de esta nueva porción de glucosa restablecería el equilibrio perdido, pudiendo la glucosa ingresar en la célula y ser ahí quemada, pero si la insulina no está disponible el ingreso de esta nueva glucosa en la sangre, lo único que hace es aumentar su concentración en la sangre (hiperglucemia), sin que las células puedan utilizarla. Kuri (2007)

2.3.2 LA INSULINA

A hora bien la insulina es una hormona que se produce en las células beta del páncreas y que libera a la sangre de forma continua y en mayor o menor cantidad, en función de cuales sean sus requerimientos por parte del organismo en ese momento, lo que viene determinado, principalmente, por el mayor o menor ingreso de hidratos de carbono y secundariamente por el mayor o menor nivel de ácidos grasos, cuerpos cetónicos y aminoácidos en nuestro organismo.

Según la Federación Mexicana de la diabetes, la insulina, es un polipéptido producido y secretado por las células beta del páncreas, es una hormona esencial para el crecimiento somático y desarrollo motriz; desempeña un papel muy importante en la regulación del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas. Se sintetiza a partir de un pre hormona de 81 residuos de aminoácidos que se denomina proinsulina. Kuri (2007).

La liberación de insulina por la célula beta es en dos fases:

- a) **La primera fase o fase temprana:** inicia al primer minuto posterior a la estimulación por glucosa, su pico máximo es entre 3 a 5 minutos, tiene una duración máxima de 10 minutos y representa la insulina almacenada en los gránulos de la célula beta.
- b) **La segunda fase o fase tardía:** inicia en forma tardía y lenta (a los 10 minutos), tiene una duración de 4 horas (o mientras persista la hiperglucemia), tiene una producción continua en forma de una meseta con descenso lento y representa la insulina de nueva síntesis y producción.

Por lo que la insulina interviene aprovechando los recursos energéticos que a través de los alimentos ingresan en nuestro organismo, es una hormona fundamentalmente anabolizante.

Por lo tanto, cuando ingresa glucosa en nuestro organismo la insulina actúa facilitando que penetre en el interior de las células a fin de que sea metabolizada, y facilita su transformación en glucógeno y grasas para que la glucosa no sea utilizada de inmediato y se almacene de esa forma en nuestro organismo (glucogénesis).

Al igual actúa sobre los aminoácidos que ingresan en nuestro organismo facilitando su utilización por las células y favoreciendo en el hígado su transformación en glucosa (neoglucogénesis), para que de este modo se almacene aquello que no han sido utilizados. De una forma similar, la insulina actúa también sobre las grasas favoreciendo su utilización por las células, transformando los ácidos grasos en glucosa (lipogénesis) para su almacenamiento. Kuri, (2007).

2.3.3 EL GLUCAGÓN

Es una hormona que se produce en las células alfa del páncreas y que cumple una doble e importante función en nuestro organismo, interviene regulando la hipoglucemia. Cuando existe hipoglucemia en el organismo el glucagón actúa liberando la glucosa que estaba almacenada en el hígado en forma de glucógeno, contribuyendo así a compensar la hipoglucemia. El glucagón también estimula la liberación de insulina, favoreciendo la metabolización del aumento de glucosa. Marcos M. (2011).

2.3.4 LA SOMATOSTATINA:

Es una hormona que se produce en las células delta del páncreas y en el hipotálamo y que tiene efectos y acciones muy variadas como la inhibición de la hormona de crecimiento, su principal efecto en la diabetes consiste en inhibir la acción de la insulina y del glucagón. Polaino, Roales, (1997).

Dependiendo de la causa de la diabetes Mellitus los factores que contribuyen a la hiperglucemia pueden ser descenso de la secreción de insulina, decremento del consumo de glucosa o aumento de la producción de ésta. El trastorno de la regulación metabólica que acompaña a la diabetes Mellitus provoca alteraciones fisiopatológicas secundarias, en muchos sistemas orgánicos supone una pesada carga para el individuo que padece la enfermedad, Harrison (2006).

Por último, este trastorno cual fuere su causa se vincula con deficiencia de insulina que puede ser total, parcial o relativa, cuando se le considera dentro del marco de la resistencia coexistente a la insulina.

La falta de dicha hormona interviene en forma primaria en las alteraciones metabólicas propias de la diabetes y la hiperglucemia a su vez actúa en forma decisiva para que surjan las complicaciones de la enfermedad. Bennett, Goldman (2002).

2.4 ETIOLOGÍA

De acuerdo con, la etapa inicial de la DM tipo 2 acostumbra a ser asintomática y puede pasar inadvertida durante varios años antes de ser diagnosticada. La mayoría de los pacientes presenta alteraciones en las vías metabólicas. Los órganos más afectados son los islotes pancreáticos, el hígado y los tejidos periféricos, como el musculo esquelético y el tejido adiposo.

A su vez los síntomas iniciales son la polidipsia (mucho sed), la poliuria (mucho orina), la polifagia (mucho hambre) y la pérdida de peso. Los pacientes con DM tipo 2 presentan resistencia a la insulina.

Por lo que la insulina que produce el páncreas, no es reconocida por las células para permitir que la glucosa entre, para producir energía, y da lugar a hiperglucemia. Las células de los músculos, el hígado y el tejido adiposo no pueden utilizar la insulina de forma adecuada. Para compensar, el páncreas produce más insulina. Sandra Torrades (2006).

Por otra parte, las células sienten este torrente de insulina y se tornan más resistentes, lo que ocasiona un círculo vicioso de valores altos de glucosa y frecuentes valores altos de insulina.

Con el paso de los años, las concentraciones altas de glucosa en sangre dañan los nervios y los vasos sanguíneos. Se desarrollan enfermedades del corazón, ceguera, enfermedades renales, problemas en los nervios y en las extremidades, entre otras complicaciones.

Por lo general, la DM tipo 2 ocurre gradualmente. En el momento del diagnóstico, la mayoría de los pacientes presenta obesidad. Sin embargo, también puede desarrollarse en personas delgadas, especialmente de edad avanzada. También las mujeres embarazadas que desarrollan diabetes, aunque normalmente desaparece después de la gestación, tienen más probabilidades de que en el futuro desarrollen DM tipo 2.

Cabe resaltar que la DM tipo 2 es una enfermedad multifactorial, donde intervienen factores ambientales y genéticos. Los antecedentes familiares de la enfermedad son un factor de riesgo. Sin embargo, factores como un nivel bajo de actividad, una dieta deficiente y un peso excesivo (especialmente alrededor de la cintura) aumentan significativamente el riesgo de una persona a desarrollar diabetes tipo 2. Sandra Torrades (2006).

De acuerdo con otros estudios realizados indican que hasta el 20% de los individuos que manifiestan el principio de diabetes de tipo 2 en realidad padecen diabetes de tipo 1 de avance lento.

Por lo tanto, la diabetes de tipo 1 es consecuencia de destrucción de las células beta, con desaparición casi completa de la secreción de la insulina y deficiencia de insulina absoluta se distinguen dos subclases, una variedad auto inmunitaria y otra idiopática.

Ahora bien, la variedad auto inmunitaria es una enfermedad crónica con un periodo prodrómico sub-clínico que se caracteriza por destrucción auto inmunitaria celular de las células betas productoras de insulina en los islotes pancreáticos.

Ya que, la velocidad y la magnitud de la destrucción son variables entre los indicadores de destrucción auto inmunitaria se encuentran anticuerpos contra las células de los islotes y la insulina descarboxilasa de ácido glutámico (GAD) y fosfatasas de tirosina.

A menudo hasta, 70% de los pacientes recién diagnosticados poseen anticuerpos contra las células de los islotes a diferencia de solo 3% de los testigos de edad y sexo similares, se han identificado anticuerpos contra GAD hasta 10 años del diagnóstico, y se sabe que existen hasta en 75% de los pacientes con diagnóstico reciente de diabetes tipo 1. Taylor (2005).

En cuanto a la diabetes tipo 1 también comprende los casos en que no se conocen las causas de la destrucción de las células beta, pero a la vez no es regida por mecanismos inmunitarios.

Por lo que esta categoría comprende de un grupo muy reducido de pacientes con diabetes de tipo 1; probablemente es hereditaria pero no está ligada a los genes de histocompatibilidad. Los pacientes experimentan cetoacidosis episódica y diversos grados de deficiencia de insulina. La mayor parte son de origen asiático o africano. Treviño (2005).

Tomando en cuenta que la diabetes Mellitus es una enfermedad mundial y que dentro de todos los factores que la producen se encuentran los de tipo hereditario, ambientales extrínsecos como: costumbres, alimentación, falsa imagen de salud en la obesidad, estrés emocional y físico; y ambientales intrínsecos como: penetración del gen transmisor, infecciones, trastornos endocrinos.

Ya que la tendencia parece ser, no tener hábitos saludables en la alimentación, con poco a casi nada de ejercicio lo que sumado a los factores genéticos han hecho que cada vez más jóvenes padezca de diabetes. Tierney (2001).

Por lo que científicos como la doctora de la Unidad de Medicina Familiar Número Uno (UMF), Carmen Horta Morales, aseguran que el 35% de los jóvenes de entre 20 y 40 años que la visitan en su consulta si no son diabéticos les falta poco para serlo y no lo saben, algo

que permite que la enfermedad avance y haga grandes daños, entre las que se encuentra la retinopatía. Tierney (2001).

2.5 EPIDEMIOLOGIA

En cuanto a la prevalencia mundial de la Diabetes Mellitus se ha incrementado en un grado impresionante durante los dos últimos decenios. La prevalencia de la diabetes tipo 1 como la Diabetes Mellitus tipo 2 están aumentando en todo el mundo; cabe esperar que la del tipo 2 aumente con más rapidez en el futuro a causa de la obesidad creciente y a causa de la reducción de actividad física.

Tomando en cuenta que la diabetes Mellitus se incrementa con la edad. Casi el 90% de los diabéticos son de tipo 2, causando grandes problemas macro vasculares, incidencia sobre la mortalidad, daños renales y oculares en miles de personas, causando ceguera en ellas. Más y más personas tienen esta enfermedad, causada por cambios en su calidad de vida y el aumento de calorías en los alimentos que consumen. Arellano (2002).

Por otra parte, la OMS indica que lo más grave del asunto, es que la mitad de las personas afectadas por Diabetes Mellitus no lo sabe. Por ello, es necesario el estudio de esta enfermedad en todos sus aspectos, y la prevención por encima de todo.

De acuerdo con muchas Instituciones como el IMSS, ISSSTE, Seguro Popular cuentan con campañas para prevenir esta enfermedad. Publicidad y mucha información la hay, leemos y observamos; pero debemos actuar rápidamente para erradicar este problema tan serio, causa de mortalidad número 1 en México (OMS, 2012).

Considerando que en el año 2000 se estimaba que la prevalencia de la diabetes era de 0.19%, en personas menores de 20 años y de 8.6% en los mayores de esa edad.

En cuanto a los individuos de más de 65 años la prevalencia de D.M fue de 20.1%, la prevalencia es semejante en varones y mujeres dentro de la mayor parte de los grupos de edad, pero es ligeramente más elevada en los varones mayores de 60 años. Harrison (2006).

Existe considerable variabilidad geográfica en la incidencia de diabetes de tipo 1 y tipo 2. Se piensa que buena parte del aumento de riesgo de la D.M tipo 1 es el reflejo de la frecuencia de alelos del antígeno leucocitario humano de alto riesgo en grupos étnicos de diferentes zonas geográficas. El inicio de la D.M tipo 2 ocurre en promedio a edad más temprana en los grupos étnicos distintos del blanco no hispano. Harrison (2006).

2.6 CLASIFICACION DE DIABETES MELLITUS

Con respecto a los nuevos criterios para su diagnóstico y clasificación fueron desarrollados casi simultáneamente por un comité de expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y por un comité asesor de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su clasificación se basa fundamentalmente en la etiología y características fisiológicas, pero adicionalmente describe la etapa de su historia natural en la que se encuentra el paciente diabético. Harrison (2006).

2.6.1 DIABETES MELLITUS TIPO 1

Ahora bien, anteriormente se denominó diabetes sacarina dependiente de la insulina. Se caracteriza por hipoglucemia causada por una carencia absoluta de insulina, hormona producida por el páncreas. Se presenta por lo común en niños y adolescentes, aunque puede aparecer en etapa posterior de la vida. En ocasiones se manifiesta por signos y síntomas graves, como estado de coma o Cetoacidosis. Se tienen un riesgo aumentado de padecer complicaciones micro y macro vasculares.

Más aun, aunque no siempre, es consecuencia de la destrucción de las células beta del páncreas por un fenómeno auto inmunitario que se acompaña de la presencia de ciertos anticuerpos en la sangre. Es un trastorno complejo causado por mutaciones de varios genes, y también por factores ambientales (OMS, 2016).

2.6.2 DIABETES MELLITUS TIPO 2

De acuerdo a la resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos. Está asociada con la obesidad, la poca actividad física y la alimentación malsana.

Además, casi siempre incluye resistencia a la insulina. Afecta con mayor frecuencia a las personas que padecen hipertensión arterial, dislipidemia (colesterol sanguíneo anormal) y obesidad de la parte media del cuerpo; incluye un componente de «síndrome metabólico».

Tiene una tendencia a presentarse en familias, pero es un trastorno complejo causado por mutaciones de varios genes, y también por factores ambientales. Marcano (2009).

2.6.3 OTRAS CLASIFICACIONES

Otros tipos de diabetes, vinculados con diversos trastornos clínicos o síndromes: Diabetes Gestacional. Se presenta en mujeres que desarrollan intolerancia a la glucosa y alcanzan los criterios de diagnóstico de Diabetes Gestacional durante el embarazo:

- ✓ Defectos genéticos de la función de las células beta (mutación del DNA mitocondrial).
- ✓ Defectos genéticos en la acción de la insulina (resistencia insulina tipo A).
- ✓ Enfermedades del páncreas exocrino (pancreatitis)
- ✓ Otras enfermedades endocrinas- acromegalia. Por fármacos o sustancias químicas.
- glucocorticoides.
- ✓ Infecciones, citomegalovirus.
- ✓ Causas poco frecuentes con participación inmune. - anticuerpos contra el receptor de la insulina. Marcano (2009).

2.7 SIGNOS Y SINTOMAS

Puesto que, algunos pacientes con diabetes tipo 2 presentan poliuria y sed, otros desarrollan un inicio insidioso de la hiperglucemia y se encuentran asintomáticos al comienzo. En pacientes obesos cuya diabetes solo puede detectarse después de observar glucosuria o hiperglucemia durante las pruebas de laboratorio practicadas. Lawrence (2004).

Sin embargo, en otros pacientes se presentan complicaciones neuropatías o cardiovasculares, debidas a la presencia de una enfermedad oculta durante algún tiempo antes del diagnóstico; son comunes las infecciones crónicas de la piel en mujeres, el prurito generalizado y los síntomas de vaginitis a menudo constituyen las quejas iniciales.

Por lo que debería sospecharse diabetes en mujeres con vulvovaginitis por *Candida*, al igual quienes han parido lactantes grandes (mayores a 4.1 kg) o han presentado poli hidramnios, preclamsia o pérdidas fetales inexplicables.

En cuanto a los pacientes diabéticos obesos pueden presentar cualquier variedad de distribución de la grasa; sin embargo, la diabetes parece relacionarse a menudo con varones y mujeres, con la localización de depósitos de grasa en el segundo segmento corporal (en particular en abdomen, el tórax, el cuello y la cara) y relativamente menos grasa en los apéndices, los cuales pueden encontrarse bastante musculosos, las tablas estandarizadas del índice cintura-cadera indican que en las personas obesas los índices mayores de 90 en los varones y mayores de 80 en las mujeres, se relacionan con un aumento en el riesgo de diabetes. En los diabéticos obesos a menudo hay hipertensión leve. Lawrence (2004).

De acuerdo con, lo ya mencionado anteriormente, los signos y síntomas de la presente diabetes Mellitus pueden ser muy notorios sin embargo la mayoría de las personas no son observadoras o no lo toman como un riesgo el tener un peso excesivo o fuera del peso correspondiente a nuestra altura, el ir consecutivamente a orinar, el tener excesiva sed por tiempos muy cortos, o incluso tener un familiar con diagnóstico de diabetes Mellitus ya que esta enfermedad puede ser génica.

Por ello es que sería muy importante dar a conocer este tipo de información tanto al paciente como a la familia del paciente diagnosticado ya que se puede prevenir observando y escuchando a nuestro cuerpo, evitando complicaciones aún más severas.

2.8 DIAGNOSTICO

La mayoría de los pacientes resultan mayores de 40 años y obesos.

- ✓ Poliuria y polidipsia. La acetonuria y la pérdida de peso no resultan frecuentes al momento del diagnóstico. En las mujeres, la vaginitis por candida puede constituir la manifestación inicial. Muchos pacientes presentan pocos o ningún síntoma.
- ✓ Glucosa plasmática de 126 mg/dl o mayor después de ayuno durante toda la noche es más de una ocasión.
- ✓ Después de 75 g de glucosa administrada por vía oral, los valores diagnósticos son de 200 mg/dl o más después de dos horas de la administración de la glucosa y al menos

una vez entre las 0 y 2 horas. A menudo se realiza con hipertensión, hiperlipidemia y aterosclerosis. Tierney, (2001).

Dado que “El National Diabetes Data Group” y la organización mundial de la salud han propuesto criterios diagnósticos para la DM, basados en las siguientes premisas:

1) El espectro de la glucosa plasmática en ayuno FPG (fasting plasma glucose) y la reacción de una carga oral de glucosa varía entre los individuos normales.

2) La DM se define como nivel de glucemia al que ocurren a las complicaciones específicas de la diabetes más que como desviaciones a partir de una media basal, en la población. Harrison, (2006)

Con respecto a la tolerancia a la glucosa se clasifica en tres categorías con base en la FPG:

- a) Menor de 5.6 mmol/L (100 mg/100 ml) se considera normal,
- b) La FPG de 5.6 mmol/L o mayor (100 mg/100 ml) pero menor de 7.0 mmol/L (126 mg/ 100 ml) se define como IFG
- c) La FPG de 7.0 mmol/L o más (126 mg/ 100 ml) especifica establecer el diagnóstico de DM. El IFG es equivalente al IGT, que se define como concentración plasmática de glucosa de 7.8 a 11.1 mmol/L (140 a 200 mg/ 100 ml) 2 horas después de recibir una carga oral de glucosa de 75 g. los individuos con IFG o IGT están en riesgo sustancial de desarrollar DM de tipo 2 (40% de riesgo durante los siguientes cinco años) y enfermedades cardiovasculares.

De acuerdo con los criterios revisados de diagnóstico de la DM resulta que la FGP es el método más fiable y cómodo de diagnóstico de DM en sujetos asintomáticos. Una concentración de glucosa plasmática $> 11.1 \text{ mmol/L}$ (200 mg/100 ml) tomada al azar y acompañada de los síntomas clásicos de DM.

En cuanto a la prueba de sobre carga oral de glucosa, aunque sigue siendo un método válido de diagnóstico de DM, no se recomienda como parte de la atención sistemática. Harrison (2006).

El paciente debe cumplir con alguno de estos 3 criterios:

1. Glucosa plasmática.

La presencia de glucosa en concentración superior a 200 mg/dL (11.1 mmol/L) en plasma venoso en ayunas es compatible con el diagnóstico de Diabetes Mellitus si se ha presentado al menos en dos ocasiones sin otra causa que lo justifique. Los valores inferiores a 115 mg/dL (6.4 mmol/L) descartan el diagnóstico.

Conviene destacar que el nivel sanguíneo de glucosa es inferior en sangre venosa que en sangre arterial y capilar (sangre obtenida por punción de la yema del dedo), de modo que el nivel de glucosa viene determinado por el punto de extracción de la sangre.

2. Glucosa urinaria:

Refleja, en ausencia de daño renal, la superación del umbral renal, concentración sanguínea de glucosa por encima de la cual aparecería en orina. Este límite se sitúa entre 160 y 180 mg/dL ($9\text{-}10 \text{ mmol/L}$) de glucosa en plasma. Como prueba diagnóstica tiene un valor muy limitado por el cambiante grado de dilución que puede presentar.

Sin embargo, su análisis tiene interés dentro de las pruebas urinarias de carácter rutinario para la detección de alteraciones.

3. Curva de sobrecarga oral de glucosa:

Es la principal prueba diagnóstica al someter al organismo a una cantidad estándar de glucosa que debe administrar en un tiempo de dos horas. Se efectúa con 75 g de glucosa oral o con 1.75 g/Kg de peso hasta 75 g, en el caso de niños. Se acompaña con 400 ml de agua y se ingiere en 5-10 minutos. Según los grupos de expertos, se debe extraer una muestra basal y otra a las 2 horas.

Normalmente la curva, si hay buena absorción, debe superar en algún punto los 200 mg/dL, y normalizarse a los 120 minutos, con valores inferiores a 140 mg/dL. Se considera estado de intolerancia a glucosa, situación que es reversible con el tratamiento adecuado, si en el punto de los 120 minutos, la concentración plasmática de glucosa está entre 140 y 200 mg/dL. Por encima de este límite, el resultado es compatible con un estado de diabetes Mellitus. Arellano (2002).

2.9 TRATAMIENTO

En cuanto a la elección del tratamiento debe ser una actuación centrada en el paciente, teniendo en cuenta los aspectos fisiopatológicos y los efectos secundarios de los fármacos, así como las comorbilidades y preferencias del paciente.

En la actualidad todas las guías de práctica clínica manifiestan la necesidad de iniciar tratamiento farmacológico en los pacientes en los que las modificaciones de los estilos de vida por sí solos son insuficientes para conseguir el control glucémico.

Prácticamente todas ellas inician el tratamiento con metformina, excepto que haya contraindicaciones o intolerancia para su uso. Si al diagnóstico de la diabetes se suman síntomas de hiperglucemia o descompensación metabólica, lo que hace pensar en un déficit insulínico, se debe iniciar el tratamiento con insulina y metformina asociados. Alonso et al. (2015)

A continuación, en la siguiente tabla se mencionan algunos de los fármacos, dosis que contiene cada tableta, cantidad de dosis que deberá tomar diariamente y el efecto o duración del mismo, con relación a la diabetes Mellitus.

Antidiabéticos por vía oral para el tratamiento de la hiperglucemia			
Fármaco	Dosis por tableta	Dosis diaria	Duración de la acción
Tolbutamida	250 y 500 mg	0.5-2 g divididos en 2 o 3 dosis	6-12 horas
Tolazamida	100,250 y 500mg	0.1-1 g como dosis única o dividida en dos dosis.	Hasta 24 horas

Gliburida	1.25, 2.5 y 5mg	1.25-20 mg como dosis única o dividida en dos dosis.	Hasta 24 horas
Glipicida	5 y 10mg	2.5-40 mg como dosis única o en dos dosis con el estómago vacío.	6-12 horas
Glimeperida	1,2 y 4 mg	1-4 mg como dosis única.	Hasta 24 horas
Metformina	500 y 850mg	1-2.55 g una tableta con las comidas 2 o 3 veces al día.	7-12 horas

Tierney, (2001).

2.10 PREVENCIÓN

De acuerdo con la diabetes tipo 2, no necesariamente requiere el uso de insulina. En algunos casos la dieta y el ejercicio son suficientes para controlar la enfermedad. En otros casos se utilizan medicamentos dirigidos a bajar los niveles de glucosa en la sangre.

En cuanto a los pacientes con diabetes tipo 2 el cimiento de la terapéutica lo constituyen los cambios en el modo de vida, en especial en las primeras fases de la enfermedad. La diabetes Mellitus requiere atención médica permanente, así como educación del paciente y sus familiares con el propósito de prevenir el padecimiento agudo y disminuir el riesgo de

complicaciones a largo plazo el objetivo terapéutico consiste en corregir hacia la normalidad los trastornos metabólicos para evitar y retardar la progresión de las complicaciones diabéticas. Lawrence (2004).

He aquí la importancia de incluir el lado psicoterapéutico al tratamiento en todos los pacientes con alguna enfermedad crónico degenerativa, ya que ayudara a la implementación de estrategias para el acompañamiento del proceso de cambios que va a generar la enfermedad; tanto físico, mental, emocional, social y familiar del paciente.

2.11 ALIMENTACION

En cuanto a, la alimentación, una dieta bien equilibrada y nutritiva permanece como un elemento fundamental de la terapéutica. Sin embargo, en más de la mitad de los casos, los pacientes diabéticos no logran seguir su dieta.

Ya que, en los pacientes obesos con hiperglucemia leve el objetivo de la terapéutica dietética radica en la reducción de peso mediante la restricción calórica. Tierney (2001).

En cuanto a, las nuevas recomendaciones para ambos tipos de Diabetes Mellitus continúan con la limitación del colesterol a 300 mg diarios y sugieren una ingestión diaria de proteínas de 10-20 % de las calorías totales. También se sugiere que las grasas saturadas no deben resultar mayores de 8 - 9 % de las calorías totales con una proporción similar de grasas poli insaturadas y que el resto de los requerimientos calóricos se obtengan con una proporción individualizada de grasas monoinsaturadas y carbohidratos con 20- 35 g de fibra dietética.

Se continúa con la recomendación de sustituir las carnes rojas con aves, terneras, pescado para conservar un contenido escaso en grasas saturadas. Tierney (2001).

El diabético debe evitar el consumo de los alimentos que se enlistan a continuación.

HIDRATOS DE CARBONO	GRASAS
Azúcar refinada	Alimentos fritos
Dulces	Mantequilla
Miel	Margarina
Chocolates	Jamón
Leche condensada	Crema
Pasteles	Queso
	Tocino

Lawrence, (2004).

De acuerdo con, lo mencionado anteriormente, es inmensamente importante el apoyo de un especialista de la nutrición para los pacientes diagnosticados con diabetes Mellitus tipo 2, por ellos es que se considera implementar un espacio en nuestro curso taller, ya que vemos que la alimentación toma un papel importante para el equilibrio de nuestro paciente con DM-2.

Por lo que, también se verá reflejado en la cantidad de glucosa que va a generar en su cuerpo, por la ingesta de alimentos y porciones adecuadas que dicte el especialista en nutrición.

2.12 EJERCICIO

En cuanto a, los individuos o pacientes que decidan realizar ejercicio, deben ajustarse a su capacidad física e interés.

Sin embargo, la mayoría de los estudios sugieren el ejercicio en pacientes con tolerancia a la glucosa o que mantengan cifras de glucosa menor de 200 mg / dl por tal motivo se recomienda el ejercicio físico programado al aire libre pues mejora la tolerancia a la glucosa, potencia la acción a la insulina y reduce sus requerimientos.

Por otro lado, se ha señalado que a través de aumentar los niveles de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) que son las que transportan los triglicéridos y el colesterol a todas partes del cuerpo (deshidrogenasa láctica, enzima que se encuentra en el músculo), mejora la circulación vascular periférica, reduce el riesgo aterogénico y de vasculopatía de los grandes vasos. William y Ganong (2000).

Podemos decir que, durante el ejercicio, se inhibe la secreción de insulina y se liberan catecolaminas, glucagón, cortisol y hormona del crecimiento. Esto aumenta la gluconeogénesis, manteniendo la glucoemia dentro del rango normal. Marrión (1997).

Debido al predominio más alto de enfermedades del corazón, así como las neuropatías en pacientes diabéticos es prudente considerar los estados cardiacos del paciente al dar consejo sobre las metas del ejercicio, un electrocardiograma de tensión de ejercicio se recomienda en todo paciente que tenga más de 35 años.

Así que la actividad física ayuda a los diabéticos a lograr metas metabólicas y se puede utilizar como una estrategia para un estilo de vida mejor, los parámetros metabólicos deben

ser supervisados como la glucosa en sangre, hemoglobina, triglicéridos, la presión de sangre y peso corporal.

De acuerdo con, lo antes mencionado decimos que, la calidad de vida se puede mejorar con un programa de actividad física y así poder lograr un cambio de estilo de vida. Marrion (1997).

A hora bien vamos a mencionar los beneficios del ejercicio en el paciente diabético:

- Mejora la sensibilidad a la insulina tanto endógena como exógena.
- Propicia la pérdida de peso.
- Ayuda al mejor funcionamiento del sistema cardiovascular.
- Aumentar la calidad de vida

Entonces con lo ya mencionado podemos notar que el implementar una rutina de ejercicio diaria en nuestra vida, no solo beneficiara a personas con enfermedad crónicas si no a cualquier otra persona ya que el mantener activo nuestro cuerpo ayudara a fortalecer nuestro sistema inmunológico, cardiovascular y lo más importante brindara oxígeno a nuestro cerebro el cual se encarga de mandarnos toda la información a nuestro organismo.

Por si fuera poco, existen estudios donde confirman que la mayoría de las enfermedades actuales se desencadenan por estrés y ansiedad esto se debe a que la mayoría de las personas no estamos acostumbradas a realizar algún tipo de ejercicio que ayude a disminuir estos.

Por ello, la importancia de implementar el ejercicio en nuestro curso taller para el manejo de la depresión en personas con DM-2, ya que se implementa como terapia ocupacional.

2.13 COMPLICACIONES

En cuanto a la mayoría de las complicaciones de la DM están relacionadas con la duración y severidad de la hiperglucemia, lo que destaca el importante papel de la detección precoz y del control adecuado de la DM como forma de prevenir y/o retrasar la aparición de complicaciones como, Harrison 2006):

- Enfermedad ocular.
- Enfermedad renal.
- Neuropatía.
- Disfunción gastrointestinal o genitourinaria.
- Enfermedad cardiovascular.
- Complicaciones de las extremidades inferiores.
- Infecciones

CAPITULO III

*“La depresión es una prisión en la que eres tanto el prisionero como el cruel
carcelero”*

Dorothy Rowe

DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

3.1 DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN

De acuerdo con “La Sociedad Americana de Psiquiatría”, define a la depresión como una enfermedad mental en la que la persona experimenta tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades. En contraste con la tristeza normal, la depresión tiene impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo. Aguilar y Ávila (2006).

Por otro lado, otros autores sostienen que la depresión es un trastorno del afecto caracterizado por estados de tristeza prolongada en el tiempo, intolerancia a las frustraciones, agotamiento y cambios en todos los aspectos generales de la vida que tiene un componente cognitivo que implica una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Bacca, González y Uribe, (2005).

3.2 TIPOS DE DEPRESION

Mientras tanto, la OMS y las sociedades psiquiátricas en el sentido de mejorar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales, han propuesto dos sistemas clasificatorios ampliamente establecidos y utilizados en el ámbito internacional para el diagnóstico de los trastornos mentales de la edad adulta y también de la niñez y adolescencia. Fruto de todo este esfuerzo son el DSM-IV y la CIE-10 (OMS, 2014).

Dicho lo anterior, para el sistema de clasificación DSM V, los Trastornos Depresivos, según su intensidad, se pueden clasificar como leves, moderados o graves (APA, 2013), así mismo, para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional.

3.3 PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

En cuanto a la prevalencia de depresión en adultos mayores ha sido documentada por algunos autores. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión ocupa el tercer lugar de la carga mundial de morbilidad y será segunda en 2020. En una muestra de cerca de 50.000 personas mayores que viven en centros de atención residencial en cinco jurisdicciones canadienses, casi la mitad (44%) tenían un diagnóstico y/o síntomas de depresión (OMS, 2014).

De acuerdo a un estudio de “Población y Salud en Mesoamérica”, nos dice que hoy en día se encuentra la depresión como uno de los síndromes geriátricos más importantes que afecta a la población mayor, debido al aumento significativo en magnitud y prevalencia. Secretaría de Salud, (2001).

A partir de ello, se ha documentado que la depresión en personas mayores se ha convertido en un padecimiento con prevalencia significativa e incluso se le ha considerado como un problema de salud pública (OMS, 2006).

Por lo que, se evidencia que existe una subvaloración del diagnóstico de este trastorno, asumiendo que es un proceso normal del envejecimiento, y con ello, desconociendo que la

depresión está estrechamente relacionada con el bienestar de las personas mayores. Aguilar, Ávila (2006).

Por ello puntualizan que la depresión en la vejez es una enfermedad que probablemente sea la principal causa de sufrimiento en la persona adulta mayor y con la que se relaciona de manera directa a la disminución de su calidad de vida.

Así mismo asocian la depresión en la vejez al cúmulo de pérdidas que enfrentan las personas conforme van envejeciendo, tales como pérdidas biológicas, físicas, funcionales, cognitivas, económicas, sociales y emocionales. De los santos, Carmona (2018).

3.4 FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

Entre los factores de riesgo asociados a la depresión se encuentran: factores biológicos, psicológicos y sociales.

a) Factores biológicos

La depresión tiene un efecto sistémico y los adultos deprimidos parecen tener mayor susceptibilidad para las enfermedades, puesto que esta patología ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos.

Por lo cual, se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores, así, la actividad de la serotonina y su unión a ciertos receptores

disminuye con el envejecimiento, coadyuvando para la fisiopatología de la depresión. Cuadros (2011).

Puesto que, los trastornos mentales tienen mucho impacto en la discapacidad, la evolución de la enfermedad, cumplimiento terapéutico y riesgo de mortalidad prematura. De igual manera, muchas personas mayores experimentan también limitaciones funcionales debido a los problemas relacionados con la salud. Cuadros (2011).

b) Factores psicológicos:

Los factores psicológicos más importantes que desempeñan un papel en el desarrollo de la depresión incluyen las pérdidas inherentes a la vejez, tales como los de la salud o personas significativas, así como la soledad que experimentan los adultos mayores en centros geriátricos. Ferreira, (2009).

Por ello, las personas mayores institucionalizadas tienen problemas psicológicos más graves que los que permanecen con sus familias, por la presencia de factores tanto personales como institucionales que influyen en su estado de ánimo.

Así mismo, los síntomas relacionados con el estado de ánimo depresivo y la gravedad de la enfermedad (por ejemplo, deseando estar muerto, el futuro sombrío) y algunos síntomas no específicos son más comunes en las personas que viven en residencias de adultos mayores en comparación con los que viven en la comunidad. Ferreira (2009).

c) Factores sociales:

Las causas que llevan a un sujeto a deprimirse son múltiples, sin existir aún un consenso por parte de los investigadores; dentro de estos factores se hallan la viudez, relaciones sociales, apoyo familiar y circunstancias demográficas. Hernández (2007).

En un estudio en personas de la tercera de 60 años, dirigido a determinar la influencia de los factores biosociales en su estado depresivo, con un total de 149 adultos mayores deprimidos, constató que la depresión predominó en longevos de 60 a 69 años, del sexo femenino, viudos, jubilados y con un bajo nivel de escolaridad.

El 90,6 % señaló como responsables de su depresión a ciertos acontecimientos vitales; su discreta incorporación a la vida social, así como el insuficiente apoyo socio-familiar contribuyeron notoriamente a su actual depresión. Pérez y Arcia (2007).

La jubilación, la pérdida de estatus económico, la falta de oportunidades para continuar en un ambiente “productivo”, favorecerán en algunos, situaciones generadoras de frustración y síntomas depresivos.

d) Factores Institucionales y Trato del Personal de Cuidado Diario.

Dentro de los factores institucionales se abordará, tanto las características de las residencias geriátricas como el trato del personal de cuidado diario asociados a la depresión en el adulto mayor. Cardona, et al., (2010)

Como se ha dicho, la depresión se encuentra relacionada con factores institucionales y con el trato del personal sanitario teniendo en cuenta que en algunos Centros geriátricos se presentan situaciones de maltrato tanto físico como psicológico que favorecen la aparición

de síntomas depresivos, aislamiento, sentimientos de impotencia, baja autoestima, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación, mayor pérdida de autonomía y estrés lo cual puede aumentar el riesgo de muerte. Rubio (2007).

e) Factores de Protección.

Muchas personas de la tercera edad que han sufrido pérdidas importantes se deprimen, pero muchos más, en circunstancias similares, no lo hacen, se podría decir que, la personalidad de los adultos mayores y ciertos recursos, como la resiliencia, otorga al adulto la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido o transformado por situaciones de adversidad. Chávez (2011).

3.5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS GENERALES DE DEPRESIÓN

De acuerdo con, el episodio depresivo mayor es una patología del estado de ánimo.

Por ello, el mundo depresivo completo con el método fenomenológico estructural, se distribuye en cuatro dimensiones: el humor a hedónico, la anergia o carencia de impulso de acción, la discomunicación o falta de sintonización interpersonal, espacial, y la ritmopatía o desregulación de los ritmos circadianos. Fernández (2019).

Por definición, un episodio depresivo mayor no es debido a los efectos fisiológicos directos de las drogas, a los efectos secundarios de los medicamentos o a la exposición a tóxicos. Así mismo, no es debido a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica explicable. López (2001).

3.6 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN COMO FACTORES PRINCIPALES EN LA DM2

De acuerdo con, la palabra depresión viene del latín depressio: hundimiento.

Por lo que, el paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia; es un trastorno afectivo que varía desde:

Bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. La depresión es una enfermedad tratable, al igual que la diabetes o la hipertensión. Riveros A. (2005).

Por otra parte, la depresión incontrolada puede llevar a un mal control de la DM2, resultando en niveles altos de glucosa en la sangre que hacen que la depresión se agrave e incremente en riesgo de complicaciones debido a la diabetes. Zavala MR (2006).

En cuanto, a la ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza, se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo. Riveros A. (2005).

De acuerdo con, los estudios médicos recientes han mostrado la influencia que tiene la ansiedad en los niveles de glucosa en la sangre, han evidenciado que un manejo de la ansiedad ayuda a mantener unos niveles óptimos de glucosa en la sangre y mejora al mismo tiempo la percepción de las personas acerca de su condición de salud. Rivas Acuña (2011)

Por lo tanto, el manejo adecuado de la ansiedad permite que las personas aumenten el sentido de control, lo que puede resultar en un mayor cuidado de su diabetes, ya sea normalizando

sus niveles de glucosa, aumentando su adherencia al tratamiento (insulina o algún otro medicamento incorporado), alimentación y los ejercicios en sus estilos de vida de cada uno de los pacientes.

Según Ibor L. 2007. La depresión y la ansiedad se consideran entidades autónomas en las diferentes clasificaciones diagnosticadas actuales, pero en la práctica clínica ambas coexisten con frecuencia. La distinción de estos cuadros no resulta fácil, ya que ambas entidades cursan con:

- Trastornos del sueño.
- Alteraciones del apetito
- Déficit de atención y concentración.
- Cansancio
- Astenia
- Irritabilidad

3.7 LA INTERACCIÓN DM-2 Y LA DEPRESIÓN

El siguiente punto trata de la interacción de la diabetes Mellitus tipo 2 y la depresión, tienen un efecto sinérgico y que presiden mayor mortalidad, mayor incidencia de enfermedades tanto micro como macro vasculares. La depresión y la ansiedad también se han asociado, con pobre control metabólico. La depresión se ha demostrado que impacta significativamente la adherencia al tratamiento en los pacientes con DM-2 y sugiere una evaluación de depresión en el tratamiento de los pacientes. Zavala (2006).

La diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es un problema de salud pública a nivel global (1,2) que ocasiona no solo daño a la salud física, sino que afecta la salud mental de quien la padece, se ha documentado una alta prevalencia de trastornos psico-afectivos, sobre todo depresión en enfermos crónicos.

Lustman refiere que la persona con diabetes puede desarrollar prácticamente cualquier síndrome psiquiátrico, siendo los trastornos más comunes la ansiedad y la depresión, no obstante, se conoce poco de la magnitud del problema de la depresión en pacientes de primer nivel de atención en cuanto a prevalencia y complejidad, ya que sólo 37 % son detectados, quedando confusa la asociación con variables sociodemográficas y clínico-metabólicas, principalmente hemoglobina glucosada (HbA1c) e indicadores de control, además de patrones que guíen a etapas de evolución donde se presenta más frecuentemente la depresión, ya sea para prevenirla, o para disminuir o retrasar complicaciones. Zavala (2006)

3.8 LA DM-2 COMO ENFERMEDAD

Toda enfermedad y el mismo hecho de enfermar tienen aspectos psicológicos y sociales que influyen en la aparición, manifestación, curso y pronóstico, por lo que es importante tratar de establecer relaciones entre aspectos psicológicos, sociales y biológicos como desencadenantes de una enfermedad, más que una relación única de causa-efecto. Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado.

Los pacientes experimentan un número importante de reacciones emocionales antes y después de procedimientos médicos, que pueden ser de ansiedad, depresión, problemas de adaptación o de rebeldía. Ibor L. (2007).

Entonces todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la llegada de la enfermedad por lo cual debe ser considerado por el médico que está encargado de dar la noticia, además de que intervienen otros factores, por ejemplo: la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia, todas las personas que forman su círculo social.

CAPITULO IV

“Si quieres entender a una persona, no escuches sus palabras, observa su comportamiento”

Albert Einstein

METODOLOGIA A DESARROLLAR

4.1 AREA DE ESTUDIO

Psicología clínica

4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Un curso taller de manejo de depresión en adultos diagnosticados con diabetes Mellitus tipo 2; facilitara la aceptación de la enfermedad?

Es de suma importancia el manejo de la depresión en adultos que presentan DM-2 ya que la perdida de la salud para una persona es un conjunto de emociones y reacciones al saber su diagnóstico, comienza a tener ideas erróneas o anticipadas las cuales afectaran a largo plazo el desarrollo de la enfermedad.

Es por ello que se pretende con el curso- taller mostrar un camino de estrategias, donde se les brindara mayor información sobre la DM-2, acompañamiento psicológico, interacción social, alimentación-ejercitación, proceso de duelo, aceptación de la enfermedad, mantener un equilibrio emocional y una mejor calidad de vida con objetivos y metas.

4.3 HIPOTESIS

De acuerdo a Sampieri (2010). “Las hipótesis indican lo que tratamos de probar y se define como explicaciones tentativas del fenómeno investigado”.

HI: A mayor número de adultos diagnosticados con diabetes Mellitus tipo 2, mayor número de diabetes que “presentan depresión”

HO: A mayor número de adultos diagnosticados con diabetes Mellitus tipo 2, no incrementa la depresión.

HA: Los adultos diagnosticados con diabetes Mellitus tipo 2, puede ser causa por una sorpresa desagradable, mala alimentación, exceso de trabajo.

4.4 VARIABLES

Para Sampieri (2010). “Una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse”

V. I. = DIABETES MELLITUS TIPO 2

De acuerdo con Castañeda, De la Torre, Moran y Lara (2002) se refieren a que “la variable independiente es el factor que el investigador usa en un estudio para describir, predecir y explicar otro al que se le conoce como variable dependiente”

V. D. = DEPRESION

Retomando a Castañeda, De la Torre, Moran y Lara (2002) la variable dependiente la definen como:

“La investigación se realiza para investigar algún factor (hecho) que en la organización del problema cumple el papel de variable dependiente. Aquello que el investigador está interesado en conocer es la variable dependiente”.

4.5 UNIDAD DE ANALISIS

Adultos mayores

De acuerdo a Sampieri (2010). “La unidad de análisis indica quienes van a ser medidos, o sea, los participantes o casos a quienes en última instancia vamos a aplicar el instrumento de medición”

4.6 UNIDAD DE MEDIDA

Adultos mayores diagnosticados con diabetes Mellitus tipo 2 del Centro Medico ISSEMY “Lic. Adolfo López Mateos”

Con respecto a Rada G. Merino T. (2007) definen la unidad de medida como “la entidad básica mediante la cual se accederá a la unidad de análisis”.

4.7 OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida del adulto mayor diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo 2, el acompañamiento del proceso de duelo de la enfermedad y la presencia de depresión.

4.8 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar las características psicológicas que influyen en el adulto mayor diagnosticado con DM-2 en relación con los distintos tipos de depresión.
- Reunir características que llevan a presentar una depresión.
- Determinar las características principales de la depresión en adultos diagnosticados con DM-2.

- Evaluar qué tipo de depresión presenta el adulto DM-2, alimentación, situación económica.
- Llevar un mejor acompañamiento del proceso de duelo.
- Dar a conocer prevención, causas y consecuentes de la Diabetes Mellitus tipo 2.
- Aplicación de curso taller: manejo de la depresión en adultos mayores diagnosticados con DM-2

4.9 DISEÑO DE INVESTIGACION

De acuerdo a Sampieri (2010). “El diseño se refiere al plan o estrategia concebida para para obtener la información que se desea”. Por lo que con respecto a dicha investigación el tipo de diseño a utilizar será él:

Descriptivo transversal, ya que se hará por medio de la observación del fenómeno sin la realización de ninguna intervención, por otra parte, la recolección de datos será en tiempo determinado.

4.10 TIPO DE ESTUDIO

Para Sampieri (2010). “Es un proceso inductivo contextualizado en un ambiente natural, esto se debe a que en la recolección de datos se establece una estrecha relación entre los participantes de la investigación sustrayendo sus experiencias e ideologías en detrimento del empleo de un instrumento de medición predeterminado”.

Por lo tanto, el tipo de estudio es Cualitativo ya que se pretende emplear un instrumento para la determinar qué tipo de depresión presenta el adulto mayor así mismo mejorar el acompañamiento de duelo de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

4.11 TEORIA

Según Pérez, Mariana(2019) "Es un sistema lógico compuesto de observaciones, axiomas y postulados en el conjunto de estructuras de conceptos, definiciones y proposiciones interrelacionada que presentan una perspectiva sistemática de fenómenos específicos, relacionados con los objetivos de declarar bajo las condiciones en que se desarrollan ciertos supuestos, tomando como contexto una explicación del medio idóneo para que se desarrollen en las predicciones que pueden especular, discutir, y postular ciertas reglas o razonamiento de otros hechos posibles".

4.12 PERSPECTIVA COGNITIVA CONDUCTUAL

La investigación se realiza bajo el enfoque cognitivo conductual que como bien sabemos su principal objetivo es modificar pensamientos y conductas de las personas para que puedan realizarse de una mejor manera en la vida diaria.

A este enfoque también se le agrega la Terapia racional emotiva de Albert Ellis el cual será fundamental para una mejorar el manejo de la depresión y la aceptación de la enfermedad.

Para conocer un poco más sobre la teoría de Albert Ellis se expondrá cómo fueron sus inicios y que aportaciones existen de acuerdo con dicho autor para el manejo de la TCC.

4.12.1 ANTECEDENTES DE LA TRE (TERAPIA RACIONAL EMOTIVA)

Ellis comenzó a desarrollar su modelo psicoterapéutico desde 1955, siendo, por tanto, un pionero del cognitivismo. Su forma de trabajar guardaba similitudes con la de Beck.

Ellis partió de los enfoques neo freudianos de Karen Horney, Alfred Adler, Erich Fromm y Harry Stack Sullivan, de los que más tarde se separó. Luego incorporó elementos del conductismo como la desensibilización sistemática y el refuerzo positivo de B. F. Skinner.

Por otra parte, muchos elementos de la TREC están basados en los estudios del lenguaje de Alfred Korzybski, este autor comentaba que cuando las personas hablan de «ser» se refieren a una forma extremadamente generalizadora, por lo que, al haber una tendencia a identificar el hacer de las personas con ser de las personas, es decir definirse a partir de los actos, se llega a diversos conflictos emocionales.

Ellis creó la TREC como una forma más activa, directiva y dinámica, en la que se requería que el terapeuta ayudase al cliente a comprender, que su filosofía personal contenía creencias que contribuían a sus dolores emocionales.

Ellis creó la TREC como una forma más activa, directiva y dinámica, en la que se requería que el terapeuta ayudase al cliente a comprender, que su filosofía personal contenía creencias que contribuían a sus dolores emocionales.

Ellis creía que, a través del análisis racional, la gente entendería sus creencias irracionales, y las cambiaría por una posición más racional. Para esto, él centró su teoría en la sencilla frase atribuida al filósofo estoico griego Epíteto: «Las cosas en sí no atormentan a los hombres, sino las opiniones que tienen de ellas».

Principios de la teoría

- Formulación continua de los problemas del paciente en términos cognitivos
- Requiere una fuerte alianza terapéutica
- Enfatiza colaboración y una participación activa
- Se centra en el problema y establecimiento de objetivos
- Terapia educativa – el paciente se convierte en el propio terapeuta. prevención de recaídas.
- Estructuración de las sesiones
- Enseña al paciente a identificar, evaluar y responder a los pensamientos y creencias disfuncionales.
- Emplea diversas técnicas para modificar pensamientos, estados de ánimo y comportamientos.

Por medio de esta terapia se conseguirá que el adulto deje a un lado pensamientos negativos e irracionales que aumenten su nivel de depresión y ansiedad; así mismo hacer que el paciente se centre en el problema y genere objetivos a corto y largo plazo, hacer conscientes de que al aumentar su nivel de depresión es probable que genere mayor complicación en el desarrollo de la enfermedad DM2.

Dicha investigación se fundamenta con la Teoría Psicológica Cognitivo Conductual de acuerdo al enfoque de Albert Ellis con la Terapia Racional Emotiva, con el objetivo de modificar el pensamiento del adulto mayor ante una enfermedad crónica degenerativo.

4.13 METODO

De acuerdo con Hernández (2012) el método se refiere a “conjunto ordenado y sistemático de pasos para llegar a un resultado o fin determinado de la resolución de un problema”.

El método a seguir será **Mixto**. En la presente investigación de realizar la fusión del método cualitativo y cuantitativo debido a que se recopilara la información acerca del estado emocional en el que se encuentra el adulto mayor, el tiempo de a ver sido diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo 2, además de las complicaciones tras el diagnostico.

4.13.1 CURSO TALLER PARA EL MANEJO DE LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DIAGNOSTICADAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

TALLER:

De acuerdo con Ezequiel Procekauski el taller es una realidad compleja que si bien privilegia el aspecto del trabajo en terreno, complementando así los cursos teóricos, debe integrar en un solo esfuerzo tres instancias básicas: un servicio de terreno, un proceso pedagógico y una instancia teórico-práctica. (acreditacion.unillanos.edu.co, 10 de junio de 2015).

Curso: La definición de curso hace alusión a una carrera, trayecto, recorrido dirección, camino o prueba. Tiempo indicado que dura en la formación en cada año para oír o asistir a las lecciones con las materias. Acción o diligencia de otro tipo que se hace dentro de un periodo anual. Estudio sobre una asignatura, desarrollada con unidad. Definición y etimología (2015)

De acuerdo con nuestro curso- taller para el manejo de la depresión en adultos diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2, se llevará a cabo dentro de las instalaciones de la unidad médica.

Tal curso se llevará a cabo en un plazo de 1 semana (dependiendo de qué tipo de depresión presente el paciente).

- En primera instancia se llevará a cabo la bienvenida y presentación de tal curso, dando a conocer los objetivos de tal curso que estamos por mostrarles.
- Conocer las expectativas de los pacientes ante el curso
- Aplicación de cuestionario; datos personales: nombre, edad, si presenta DM-2, si alguien le acompaña, nombre del cuidador primario.
- Se llevará a cabo la aplicación de pruebas para detectar si presenta depresión y qué tipo de depresión presenta el paciente. De acuerdo al tipo de depresión que presente el paciente se le dará atención inmediata con el profesional de salud mental.

4.13.2 ESTRUCTURA DE CURSO TALLER PARA EL MANEJO DE LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

ACTIVIDAD	OBJETIVO
GUIA GLOBAL PARA LA DIABETES TIPO 2	El profesional capacitado deberá proporcionar información relevante, estructurada, fácil de entender; esto para que el paciente comience a familiarizarse con el tema y le sea más fácil llevar una mejor calidad de vida.
APLICACIÓN DE PRUEBA “DEPRESION”	Nos ayudara a identificar qué nivel de depresión se encuentra. Posteriormente se comenzara con su proceso de duelo.

BRINDAR ATENCION PSICOLOGICA	Indagar acerca de : situación a nivel social , actitudes , creencias , inquietudes sociales a la diabetes, nivel de bienestar y estado psicológico
BRINDAR ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DEL ESTILO DE VIDA RESPECTO A LOS PATRONES DE ALIMENTACION Y ACTIVIDAD FISICA.	<p>Alimentación: se le brindara atención en el área de nutrición para llevar a cabo una dieta específica.</p> <p>Actividad física: Se realizará un pequeño examen en el cual se preguntará; edad, talla, peso, alguna lesión la cual le impida realizar actividad física, problemas en el corazón, problemas de presión arterial, posteriormente se le asignará una rutina de actividades:</p> <p>Ejercicio aeróbicos y anaeróbicos, entre ellos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Caminata - Correr - Bailar - Peso <p>con estimación de tiempo (30 minutos diarios)</p>
ESTANDARES DE CUIDADO MEDICO EN DIABETES	<p>Se les facilitara estrategias para la ingesta de sus medicamentos esto se llevará de la mano con el nutriólogo que este encargado del caso del paciente y a su vez reduzca problemas colaterales.</p> <p>Esto se llevara a cabo en su unidad médica en este caso</p>
RELEVACION DE LA PSICOEDUCACION	<p>Importancia de los procesos psicológicos sobre la evolución de la enfermedad.</p> <p>Información clara sobre las implicaciones reales de la enfermedad y los cambios que se deben llevar a cabo.</p> <p>Instrucción a la familia o cuidador primario</p>
SINTOMAS PRESENTES EN LOS PACIENTES	<p>Preocupación por los efectos de la diabetes.</p> <p>Incertidumbre frente al futuro.</p> <p>Reacciones emocionales de ira, tristeza y ansiedad.</p>

	<p>Poca adherencia con el tratamiento.</p> <p>Falta de regulación emocional.</p>
--	--

Tabla 2

Tema	Descripción	Objetivo	Desarrollo
1. presentación con el grupo y aplicación de 1° cuestionario.	Dar inicio al taller	Integrar al grupo y crear un ambiente de confianza, además de dar a conocer los objetivos del taller, así como dar a conocer los lineamientos con los cuales se trabajarán. Evaluar a los pacientes acerca del tema diabetes Mellitus.	<p>Presentación del curso y del exponente.</p> <p>Dinámica para la presentación del grupo.</p> <p>Expectativas del curso.</p> <p>Aplicación del cuestionario acerca de la DM-2.</p>
2.- La Diabetes Mellitus 2	¿Qué es la DM-2?	<p>El paciente conocerá la enfermedad, características, consecuencias bilaterales, alimentación y estado emocional.</p> <p>Dar a conocer el cuadrado de DM-2.</p>	<p>Saludo</p> <p>Exposición de Tema 1 DM-2.</p> <p>Dinámica: escuchar experiencias del paciente al recibir la noticia.</p> <p>Aplicación de prueba de depresión de Beck”</p> <p>Cierre de tema.</p>

<p>5 Duelo</p>	<p>¿Qué es el duelo? Como llevar su proceso.</p>	<p>El paciente deberá conocer que es el duelo ya que al perder la salud se toma como una pérdida y un cambio drástico en su forma de vida habitual. Además, se dará a conocer el proceso de duelo en 5 pasos por Ross”.</p>	<p>Exposición acerca del duelo y el proceso. Conocer cada una de las etapas del proceso de duelo o identificar en qué etapa se encuentran y brindar estrategias para manejar cada una de ellas.</p>
<p>5.- Depresión y aplicación de prueba</p>	<p>¿Qué es la depresión?</p>	<p>El paciente conocerá que es la depresión. Identificar si presentan síntomas depresivos. Explicar cómo puede identificar la presencia de depresión.</p>	<p>Exponer el tema “depresión” y los principales síntomas que indican su presencia. Implementación de terapia Dinámica: Teoría ocupacional: Delegar tareas para realizar en casa las cuales presentaran a su terapeuta. Dinámica: “baila conmigo” Objetivo: el paciente tendrá que interactuar con los demás compañeros del grupo, se les mostrara pasos básicos para calentar y estirar un poco, posteriormente se les pondrá pasos un tanto más</p>

			complicados y en pareja con el fin de relajar y mantener su mente fuera de la enfermedad.
Establecer metas	¿Qué es una meta?	El adulto deberá aprender a establecer metas pequeñas y específicas.	<p>Exponer el tema “metas a corto y largo plazo”</p> <p>Dentro de este tema vamos a pedir a los pacientes que fijen metas a corto y largo plazo ya que ayudaran a generar ideas</p> <p>“como me veo en 1 mes”</p> <p>“que espero de mi”</p> <p>“que voy a hacer para sentirme mejor”</p> <p>Esto nos ayudara que el paciente vea una esperanza, un cambio en el cual su vida mejorara aun cuando se les presenta una enfermedad y más aun si hablas de la diabetes Mellitus, ya que es una de las enfermedades en la cual se puede mantener si te acoplas a ciertos lineamientos.</p>

Palomares (2020)

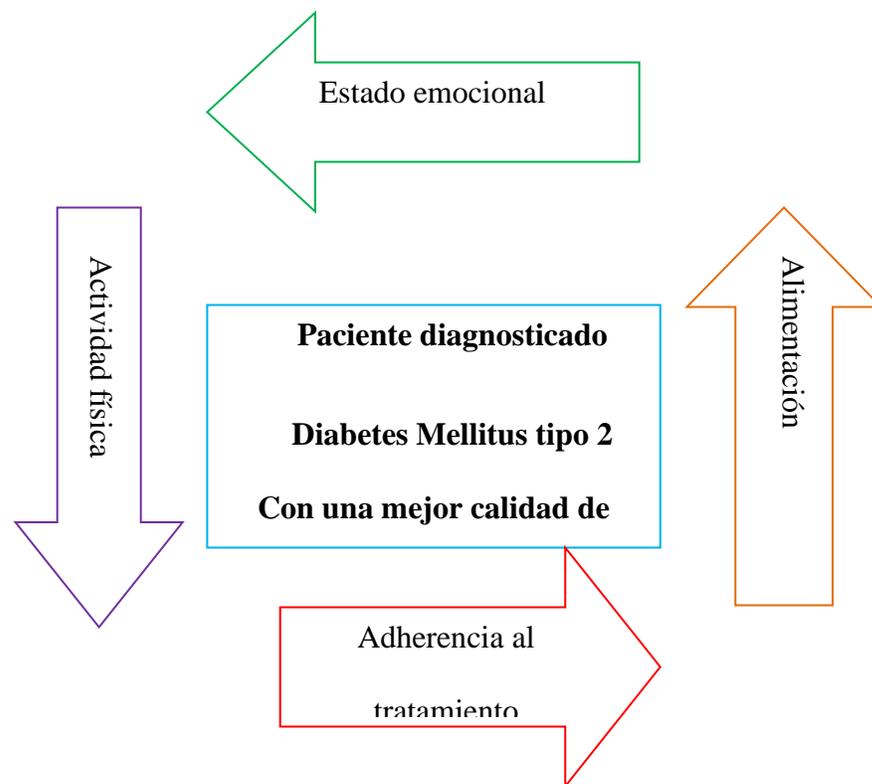
4.14 TECNICA

Para Hernández (2012) se refiere a una “herramienta física o conceptual que se puede utilizar en uno o varios pasos de una técnica, o en diferentes técnicas de acuerdo por lo indicado con la técnica y el método”. Dicha investigación se llevará a cabo mediante la **observación-participante**, debido a que se llevará un registro de actitud, estado emocional, alimentación, control de medicamentos, ejercitación, al adulto mayor al inicio del curso-taller y al finalizar el mismo.

4.14.1 EL RECTANGULO DEL DIABETICO

En el siguiente esquema vamos a imaginar que el paciente diabético es el cuadrado y para que este sea un cuadrado deberá tener cuatro lados entonces cada lado es muy importante ya que sin uno de ellos dejaría de serlo.

Ahora un paciente diagnosticado con diabetes Mellitus tipo 2 , deberá tener este escudo protector para tener una mejor calidad de vida y buen afrontamiento con la enfermedad , pero para poder construir este escudo es muy importante valorar cada una de la paredes que formaran dicho escudo las cuales son: Estado emocional ,Alimentación , Actividad física y control de medicamento; con estas cuatro paredes bien establecidas el escudo cuadrado del paciente con DM 2 tendrá una mejor calidad de vida.



Palomares (2020)

4.15 INSTRUMENTO

Retomando al autor Hernández (2012) la define como “el conjunto de pasos u operaciones que se ejecutan en determinado orden y con determinados instrumentos, para obtener un resultado”.

- Inventario de Beck
- Escala de depresión geriátrica de Yesavage
- Escala de autoevaluación de la Depresión de Zung
- Cuestionario clínico para el diagnóstico del síndrome depresivo.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON (EDH): La Escala de Depresión de Hamilton (EDH), evalúa el estado depresivo, síntomas vegetativos y cognitivos de depresión, y síntomas de ansiedad comórbida. Provee síntomas de depresión publicados en el DSM-IV, con las excepciones de hipersomnia, apetito aumentado y concentración/indecisión. Tiene una sensibilidad del 85% de detección de depresión en población general y en el área clínica.

PRUEBA DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (APA): La prueba o criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), está constituida por los siguientes criterios:

1. Estado de ánimo (tristeza),
2. Notable disminución del interés,
3. Aumento o disminución del apetito,
4. Alteraciones del sueño,
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor,
6. Anergia (Pérdida de la vitalidad),
7. Sentimiento de culpabilidad o inutilidad,
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y
9. Idea recurrente de muerte o suicidio.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE MONTGOMERY ASBERG: La Escala de depresión de Montgomery Asberg, es una escala publicada en 1979, evalúa los síntomas y a la gravedad de la depresión con puntos obtenidos a partir de la Escala de Comprensión Psicopatológica. Los puntos incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de

sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS): Si bien existen muchos instrumentos para medir la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS por sus siglas en inglés: Geriatric Depression Scale), creada por Yesavage, et al. (1982), ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. En 1986, se creó un cuestionario abreviado (Escala de Depresión Geriátrica, Yesavage 1986), que consiste de 15 preguntas. Para la versión abreviada, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión grave. El cuestionario GDS Abreviado (Yesavage 1986); resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos. El GDS Abreviado (Yesavage 1986); puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo leve o moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo.

Como conclusión, las escalas más empleadas en los trabajos de investigación de la depresión son: Escala de depresión de Beck, Escala de Montgomery Asberg y la Escala de Hamilton; siendo para la población geriátrica la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada, 1986. Estos instrumentos nos permiten realizar una monitorización sintomática, evalúan la gravedad de la depresión y la respuesta al tratamiento. La Escala de depresión de Hamilton y Montgomery Asberg, al tener mayor carga de síntomas somáticos, son de difícil evaluación en pacientes con patología médica, frente a la Escala de depresión de Beck que evalúa de forma predominante los aspectos cognitivos de la depresión.

De estos instrumentos para evaluar la depresión utilizaremos para nuestra investigación la Escala de Depresión de Beck y la Escala de Depresión Geriátrica estas nos brindaran información importante para el manejo de su proceso de duelo y la aceptación de la enfermedad.

4.16 POBLACION

Para Cortes (2002) se refiere a “la totalidad de los elementos que poseen las principales características, objeto de análisis; a esto se les conoce como universo de estudio”

Este curso- taller se propone para el Centro Médico ISSEMYM “Lic. Adolfo López Mateos” hospital especializado; Av. Baja velocidad 284, San Jerónimo Chicahualco, 52170 Metepec, Méx., para adultos mayores con presencia de depresión y diagnóstico Diabetes Mellitus tipo 2.

4.17 MUESTRA

Según Sampieri (2010) la muestra se refiere a un “subgrupo de la población de la cual se recolectan los datos”. Designa el subconjunto de casos o individuos de una población estadística.

De tipo **probabilística estratificada**, debido a que todo adulto diagnosticado con DM-2 entre los 30 a 80 años, tendrá la misma posibilidad de ser incluido en la muestra, además de que los grupos se harán de acuerdo a tipo de depresión que presenta, en caso de no presentar depresión también se le impartirá el curso ya que se presentará información muy relevante de la diabetes Mellitus tipo 2 y mejorar la calidad de vida del paciente. **Adultos mayores con presencia de depresión diagnosticados con diabetes Mellitus tipo 2.**

4.18 CRITERIOS DE INCLUSION

- Adultos diagnosticados con DM-2, que presentan depresión del centro médico ISSEMYM
- Adultos mayores
- Adultos de ambos sexos

4.19 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Adultos mayores que no se encuentren diagnosticados con DM-2
- Adultos mayores que no presentes depresión a causa de la pérdida de la salud.
- Adultos mayores con diagnostico distinto a la diabetes Mellitus tipo 2

4.20 SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

- La persona que esté a cargo del curso tendrá que estar bien preparado con los temas que se tocan.
- Usar la terminología y la que no entienda el paciente explicarla.
- Las actividades varían de acuerdo a la capacidad física del paciente (falta de alguna extremidad, sobrepeso)
- Tomar en cuenta su nivel de glucosa, peso y alimentación.
- Ser acompañados por un familiar o la persona que se hará responsable del paciente.
- Algunas de las actividades pueden ser al aire libre.
- Pueden retomar el curso para complementarlo y comprobarlo.

GLOSARIO

Adulto: La primera etapa de la vida humana es la niñez, luego llega la adolescencia y finalmente el individuo se convierte en adulto, cuando su desarrollo físico ya se ha completado, momento en el cual puede hacer un uso mayor de sus facultades. La adultez a su vez, puede dividirse en etapas, como la adultez temprana, la adultez media y la adultez tardía o vejez.

Alimentación: Es la acción y efecto de alimentar o alimentarse, es decir, es un proceso mediante el cual los seres vivos consumen tipos de alimentos para obtener de estos los nutrientes necesarios para sobrevivir y realizar todas las actividades necesarias del día a día.

Ansiedad: Afección por la que una persona tiene preocupación y sentimientos de miedo, terror o intranquilidad excesivos.

Bióticos: es el medio en donde existe vida y por ende organismos vivos o relacionado con ellos. No obstante, el término biótico se relaciona con la palabra biota que hace referencia al conjunto de flora y fauna.

Colédoco: Es un conducto biliar a través del cual la bilis producida en el hígado o la almacenada en la vesícula es producida hasta el duodeno (intestino delgado), favoreciendo la digestión y absorción de las grasas.

Citogénesis: Generación de cuerpos cetónicos. La disminución del nivel de insulina circulante y el aumento del glucagón y catecolaminas favorecen la lipólisis y la movilización de los ácidos grasos libres, que constituyen el sustrato para generar los cuerpos cetónicos.

Cetoacidosis diabética: es una afección grave que puede producir un coma diabético (perder el conocimiento por mucho tiempo) o incluso la muerte

Discapacidad: Es un término general que abarca las deficiencias, las limitantes de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitantes de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Diabetes Mellitus: Es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.

Diagnóstico: Se denomina la acción y efecto de diagnosticar. Como tal, es el proceso de reconcomiendo, análisis y evaluación de una cosa o situación para determinar tendencias, solucionar un problema o remediar un mal.

Depresión: Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, perdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

Enfermedad: Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de una de sus partes debido a una causa interna o externa.

Estocástico: Es un conjunto de variables aleatorias que depende de un parámetro o de un argumento. En el análisis de series temporales, ese parámetro es el tiempo. Formalmente se define como una familia de variables aleatorias y indiciadas por el tiempo, t . tales que para cada valor t , y tiene una distribución de probabilidad dada.

Exógena: Se produce u origina por causas externas al organismo.

Epidemiología: Es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de la enfermedad y otros problemas de salud.

Etiología: Es la ciencia que estudia la causa y el origen de las cosas. El termino etiología es el origen “aitologia”, formada de la siguiente manera “causa” “logos” que expresa “estudio” e “ia” que enuncia “cualidad”.

Geriatría: Es una rama de la medicina que estudia, previene, diagnostica y trata las enfermedades de las personas adultas mayores. El concepto ha ido evolucionando hasta considerar un enfoque más integral, que no solo se centra en la enfermedad, sino en la salud total del adulto mayor.

Glándula: Órgano que produce una o más sustancias, como las hormonas, los jugos digestivos, el sudor, las lágrimas, la saliva o la leche.

Glucagón: Hormona producida por el páncreas, formado por la unión de 22 aminoácidos, que se encarga de regular la cantidad de glucosa de la sangre.

Hiperinsulismo: Significa que la cantidad de insulina en la sangre es mayor que la que se considera como normal. En sí misma, no es diabetes. Sin embargo, la hiperrinsulinemia a menudo se asocia con la diabetes de tipo 2. (with m. Regina castro, m.d.)

Insulina: Hormona producida por el páncreas, que se encarga de regular la cantidad de glucosa en la sangre.

Interacción: Desde el plano de la medicina, una interacción farmacológica se produce cuando se alteran los efectos de los fármacos debido a la ingesta de alimentos o del consumo de otros medicamentos.

Jubilación: Es la acción por la que una persona trabajadora activamente, tanto por cuenta propia como por cuenta ajena, pasa a ser inactivo laboralmente, es decir, que deja de trabajar al darse una serie de razones como edad, problema físico, etc.

Lipoperoxidación oxidativa: Hace referencia a la degradación oxidativa de los lípidos. Es el proceso a través del cual los radicales libres capturan electrones de los lípidos en las membranas celulares.

Lipólisis: Es el proceso por el cual las grasas se descomponen en nuestro cuerpo a través de enzimas y agua, o hidrólisis.

Melanocitos: Son células características de la epidermis que producen la melanina, un pigmento presente en la mayoría de los seres vivos y que tienen un papel fundamental en la protección frente a los efectos nocivos de la radiación ultravioleta.

Macroangiopatía diabética: Afectación de mediano y gran calibre como consecuencias de la diabetes Mellitus. Puede afectar el territorio coronario, dando lugar a cardiopatía isquémica; a la circulación cerebral produciendo accidentes isquémicos o hemorrágicos o la circulación periférica. (Diccionario médico, clínica universidad de Navarra).

Prevalencia: Es una proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo determinado.

Salud: Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Sexualidad: Quienes somos como hombres y mujeres. Nuestra sexualidad y crece a lo largo de nuestras vidas. La sexualidad incluye comportamientos sexuales, las relaciones sexuales y la intimidad; como elegimos expresarnos.

Somatostina: Es un neuroléptico originalmente aislado del hipotálamo, que actúa como una sustancia inhibidora de la hormona del crecimiento. Es un péptido multifuncional que se encuentra localizado en la mayoría de las regiones del cerebro, así como en algunos órganos periféricos.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha N°.....

Fecha.../.../....

A. DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos:

Sexo: Masculino () Femenino () Edad:

Tipo de enfermedad:

B. ESCALA DE AUTOEVALUACION PARA LA DPRESION DE ZUNG (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque la columna o tiempo adecuada.	tiempo	o	de	buena parte	mayor parte del
				del tiempo	tiempo
1.- Me siento decaído y triste.					

2. Por la mañana es cuando me siento mejor,				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto del sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente esta tan clara como siempre.				

12. Me es fácil hacer lo que siempre hacia.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Ríos Mendoza (2013)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: **Estado Civil:**..... **Edad:**

Sexo **Ocupación:**.....

Educación: **Fecha:** **Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1.- Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mi. 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3^a . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Ríos Mendoza (2013).

BIBLIOGRAFIA

1. Arellano, S. (2002) Control de la diabetes para el médico tratante. 1a ed. Edit. Federación Mexicana de Diabetes, A.C.
2. Aguilar, S, y Ávila, J. (2010) Depresión en ancianos alojados en centro gerontológico. Elseiver general 41.
3. Bacca, A., González, A. y Uribe A. (2013), Validación de la escala de depresión de Yesave (versión reducida) en adultos mayores colombianos.
3. Chávez, A. (2011). Duelo y Depresión en el Adulto Mayor. *Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia*.
4. Cortés, A. R., Villarreal, E., Galicia, L., Martínez, L., y Vargas, E. R. (2011). Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *Revista médica de Chile*, 139(6), 725-731.
5. Cardona, D., Estrada, A., Segura, A., Chavarriaga, L., Ordoñez, J. y Osorio, J. (2008). Evaluación de la sintomatología depresiva en el adulto mayor y variables asociadas. *Anales de Gerontología*.
6. Ferreira, F. (2000). Depresión en gerentes institucionalizados. municipio de la isla de la juventud *Revista de Medicina*, 13(2)
8. Guillen, F. (2008) Manual de Geriatria. (3a ed.) España: Masson.

9. Harrison, L. (2006). Principios de medicina Interna. (16a ed.) México: Mc Graw Hill. México.
10. Hernández, M. L. R. (2012) Metodología de la investigación en ciencias de la salud. Bogotá: ECOE.
11. Hernández, S. R., Fernández, C. C., Baptista, L. P. (2010). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.
12. Luckman, J. (2000) Cuidados de Enfermería (1° Ed.) México: Mc Graw Hill Interamericana.
13. Moragas, R. (1991) Gerontología social. Barcelona: Herder.
14. MENENDEZ, J.; GUEVERA, A.; ARCIAN; LEONDIAZ, E, M.; MARTIN, C. “Enfermedades crónico mitacion funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe”. En revista Panam Salud Publica, 2005, No 17, pp. 5-6.
15. Montalvo, E ., y Ruales, G. (2011). Depresión en el adulto mayor: Recuencia y factores de riesgo asociados. Revista Pediatría de Atención Primaria, 36(6), 345-6.
16. Marrion, F. (1997) Terapias actuales para la diabetes (modificaciones de estilo de vida para la dirección de la diabetes) Minnesota: Interamericana.
17. Organización Mundial de la Salud. (2014). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, OPA, 8 (1).
18. Nicola, P. (1981). Geriatria (2° ed.) Italia: El Manual Moderno.

19. Novara J, Sotillo C, Warthon D. Estandarización y correlación de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para la depresión en población de Lima Metropolitana, Lima, 1985.
20. Philip, R. (1997). Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. México: Pearson Educación.
21. Papalia (1992). Psicología del desarrollo del adulto y la vejez. México: McGraw-Hill.
22. Riveros A. Efectos de una intervención cognitivo conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos o hipertensos esenciales. Revista internacional de psicología clínica y de la salud. Asociación Española de psicología conductual (AEPC) 2005; 5 (03) 445-462.
23. Rubio, R. (2007). Avances sobre la situación de violencia, maltrato y abandono de los mayores en la actualidad. VII *Congreso Nacional de Organizaciones de mayores*, (CEOMA). Madrid
24. Sampieri, Roberto. Metodología de la investigación. McGraw-Hill. Cuarta edición. 2006 p.3-26.
25. Zavala MR (2006) Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. Revista Aquichan 2006; 6 (6): 9-21
26. William, F., y Ganong (2000). Fisiología Médica. (17a Ed) México: El manual Moderno.

CIBERGRAFIA

1. Asociación Americana de Diabetes (2007) Manejo de la Diabetes. México. Recuperado el 20 de Junio de 2020, de: <http://www.diabetes.org/about-diabetes.jsp>.
2. Aguilar, S, y Ávila, J. (2010)
3. Cambios biopsicosociales en la vejez. 23 de junio de 2020. De: psiquiatria.facmed.unam.mx.
4. Cambios psicológicos en la vejez. Recuperado el 23 de junio de 2020. De: <http://www.imsersomayores.csic.es/salud/psicologia/vejez/pyr.html>
5. Ceballos Atienza Rafael (s/f), Novedades en diabetes: Atención integral y tratamiento. Recuperado de: <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm&ogbl#inbox?projector=1>
6. Cuadros, B. (2014). Depresión y bienestar subjetivo en mayores institucionalizados. “fundación san José” documentos de trabajo social, 51. Disponible en: http://www.trabajo-socialmalaga.org/archivos/revista_dts/52_5.pdf
7. Definiciona.com (14 septiembre, 2015). Definición y etimología de curso. Bogotá: E-Cultura Group. Recuperado de <https://definiciona.com/curso/>
8. Diagnostico. En: [significados.com](http://www.significados.com/diagnostico/). Disponible en: <https://www.significados.com/diagnostico/> consultado: 16 de junio de 2020, 9:43 pm. Gran diccionario de la lengua española@2016 Larousse editorial, S.L.

9. López Cortés, L., Cifuentes Ortiz, M., Sánchez Ruiz., A. (2013) Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en un hospital de mediana complejidad en Cali. Ciencia & Salud. Vol. 2, N° 8: 43- 48. Recuperado el 6 de junio del 2020, de: <file:///C:/Users/FAM.%20ROQUE/Downloads/407-798-2-PB.pdf>
10. Marcano, R. (2009) Definición, diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. Recuperado el 5 de junio de 2020, de: http://www.medicinapreventiva.com.ve/articulo/diabetes_mellitus.htm
11. Mediavilla Bravo José Javier. (2015) Guías clínicas diabetes Mellitus. https://docs.google.com/document/d/1L42GrY_f2oHnrGJphguXFvX0uOMgeG3CTcQDP_OpQuzg/edit.
12. Márquez, J. y Meléndez, L. (2002). Promoción humana en el envejecimiento una experiencia de orientación gerontológica. Revista Educare. Universidad de los andes Mérida, Venezuela. Vol. 6, No. 18 176-180. Recuperado el 8 de junio de 2020.
13. Norma Oficial mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes Mellitus. (2010) Secretaria de salud. Recuperado el 5 de junio de 2020, de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010.
14. Organización Mundial de la Salud (2015). Recuperado el 5 de marzo de 2016, en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
15. Pérez, Mariana. (Última edición: 9 de diciembre del 2019) Definición de teoría. Recuperado de: [//conceptodefinicion.de/teoría/](http://conceptodefinicion.de/teoría/). Consultado el 9 de junio del 2020. <https://www.axhealthkeeper.com/blog/la-definicion-de-salud--segun-la-oms-infografia/>

16. Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Mengual, E., Romero, J., Medina, M., Leal, E., Rojas, J., y Toledo, A. (2004) Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. Vol. 23. N° 1. Recuperado el 28 de octubre del 2020, de:

https://www.researchgate.net/profile/Valmore_Bermudez/publication/240614099_Niveles_de_Depresin_y_Sintomatologa_caracterstica_en_pacientes_adultos_con_Diabetes_Mellitus_tipo_2/links/02e7e51c6637cd2809000000.pdf.

17. Población y Salud en Mesoamérica. Perla Vanessa De los Santos y Sandra Emma Carmona Valdés. Revista electrónica semestral. Doi:

<https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>. Volumen 15, número 2, Artículo 5, enero-junio 2018

18. Kuri Morales, P., Álvarez Lucas, C., Lavalle González, F., González Chávez, F. (2007) Uso de Insulinas en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 y 2, vol. 18. 57-86.

Recuperado el 16 de junio del 2020, de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2007/h072b.pdf>.

19. Reyna Alejandra Bermúdez R., Pablo Contreras A. (2016) Tesis, factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diabetes Mellitus tipo 2 de una comunidad mexiquense. Recuperado el 5 de junio de 2020.

20. J.P. López – Sigüero y A. del Pino, concepto, clasificación y diagnóstico. Diabetes Mellitus 1, An Pediat Contin 2003; 1 (1): 15-20. Recuperado 22 de junio 2020. De: www.elsevier.es.

21. Ríos Mendoza (2013) frecuencia de depresión en pacientes con diabetes Mellitus tipo

2. Recuperado el 14 de marzo del 2020. De: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

22. Rivas Acuña, Valentina y García Barjau, Hermina y Cruz-León, Aralucy y Morales-Ramón, Rosa María y Ramon-Alvarez, Josefina (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas conDM-2. Salud en tabasco, 17 (1-2), 30-35 (fecha de consulta 10 de junio de 2020). ISSN: 1405-2091. Disponible en: Ibor L. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. Medicina interna. 2007; 24 (5). 209-211.

23. Revista de Endocrinología y Nutrición 2007; 15(2):75-103. Recuperado el 26 de junio de: <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm&ogbl#inbox?projector=1>

24. Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de Atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 08/07/2014. Esta guía puede ser descargada de Internet en:<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

25. Valores de la familia Recuperado de:

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/la_flia_como_eje_en_la_formacion_de_valores.pdf