



1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA:

ABANDONO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL CLUB “JUNTOS POR LA VIDA” DEL HOSPITAL DE MOTUPE.

Tesis previa a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

AUTORA:

Mayra Patricia Paccha Cuenca

DIRECTORA:

Mg. Katy Lemache

Loja – Ecuador

2014

1859

CERTIFICACIÓN

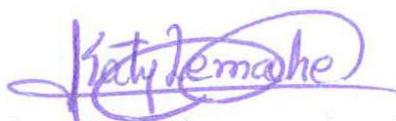
LICENCIADA KATY LEMACHE Mg. DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICA:

Que la tesis de grado titulada: **“ABANDONO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL CLUB JUNTOS POR LA VIDA DEL HOSPITAL DE MOTUPE ”** de autoría a la Srta. Mayra Patricia Paccha Cuenca, ha sido dirigida y revisada en su integridad, por lo que autorizo su publicación.

Loja, 17 de Abril del 2014

ATENTAMENTE



Lic. Katy Lemache Mg.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Mayra Patricia Paccha Cuenca declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Mayra Patricia Paccha Cuenca

Firma:

A handwritten signature in purple ink, consisting of stylized, overlapping loops and lines, positioned to the right of the 'Firma:' label.

Cedula: 1104898901

Fecha: 17 de abril del 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **MAYRA PATRICIA PACCHA CUENCA**, declaro ser autora de la tesis titulada **“ABANDONO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL CLUB “JUNTOS POR LA VIDA” DEL HOSPITAL DE MOTUPE”**, como requisito para optar al grado de **LICENCIADA DE ENFERMERÍA**; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la **CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO**.

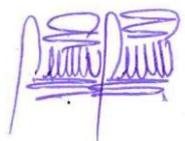
La producción intelectual de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el **RESPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL**.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 17 días del mes de Abril del dos mil catorce, firma la autora.

FIRMA



AUTORA: Mayra Patricia Paccha Cuenca

CEDULA: 1104898901

DIRECCIÓN: Loja

CORREO ELECTRÓNICO: patycuenca_1991@hotmail.com

CELULAR: 0988443784

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DE TESIS: Lic. Mg. Katy Lemache

MIEMBROS DEL TRIBUNAL

PRESIDENTE: Lic. Mg. Balbina Enith Contento Fierro

VOCAL: Lic. Mg. María del Cisne Agurto

VOCAL: Lic. Mg. Dolores Magdalena Villacis Cobos

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento infinito a Dios por brindarme la vida, y darme la oportunidad de poder culminar con éxito esta etapa de estudios.

Agradezco a mi madre y a mi abuelita que estuvieron constantemente en el lapso de mi vida diaria, en cada uno de los momentos difíciles de mi vida y sobre todo por ofrecerme todo su apoyo incondicional.

Mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por sus excelentes y generosos conocimientos que me han facilitado durante estos cuatro años que pase junto a esta Institución.

Un especial agradecimiento a todos mis apreciados docentes quienes supieron compartir sus conocimientos que me ayudaran a desempeñarme en el ámbito profesional; igualmente mi más cordial gratitud a la Mg. Katy Lemache Directora de Tesis por darme el asesoramiento necesario, para que pueda terminar con éxito el presente trabajo de investigación.

Y de manera especial a la coordinadora del club de diabéticos e hipertensos “Juntos por la Vida” del Hospital de Motupe Mg Denny Ayora y a todo el personal que labora en esta prestigiosa entidad, por facilitarme toda la información y apoyo para la culminación de mi trabajo de tesis.

Gracias

Loja, abril del 2014

DEDICATORIA

El Fruto de la presente investigación, lo dedico con mucho amor y cariño, principalmente a Dios, a mi madre y a mi abuelita, toda vez que ellos han sido un apoyo permanente en mi vida, quienes me supieron guiar y conducir acertadamente, y entendieron mis ausencias, brindándome todo su apoyo para que mis sueños se hagan realidad.

Mayra Patricia Paccha Cuenca

Loja, abril del 2014

ESQUEMA DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN

AUTORÍA

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

CARTA DE AUTORIZACIÓN

ESQUEMA DE CONTENIDOS

1. TEMA

2. RESUMEN

SUMMARY

3. INTRODUCCIÓN

4. OBJETIVOS

5. REVISIÓN DE LITERATURA

6. MATERIALES Y MÉTODOS

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

8. DISCUSIÓN

9. CONCLUSIONES

10. RECOMENDACIONES

PROGRAMA EDUCATIVO

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

1. TEMA:

ABANDONO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL CLUB “JUNTOS POR LA VIDA” DEL HOSPITAL DE MOTUPE.

2. RESUMEN

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial, son enfermedades crónicas que se debe a los malos hábitos alimenticios, el sedentarismo y la herencia familiar; que afecta a su esfera biológica, emocional y social, ya que piensan que su vida se puede acortar, o tener complicaciones; y para evitar esto implica la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida, por ello es muy importante el apoyo de las redes sociales, familiares y el equipo de salud.

De allí la importancia de realizar la presente investigación denominada abandono familiar y su relación con la alimentación en diabéticos e hipertensos del club “Juntos por la vida” de Hospital de Motupe de la ciudad de Loja, que tuvo como objetivo determinar si el abandono familiar afecta la alimentación de los pacientes que acuden al club; para lo cual he fundamentado la problemática del abandono familiar y su repercusión en la dieta alimentaria; con el fin de evaluar el grado de satisfacción en la atención que recibe el paciente de su familia; de igual manera se identificó si los alimentos que consumen los pacientes es el adecuado para su enfermedad, elaborando finalmente un programa educativo para contribuir a la generación de buenos hábitos alimentarios, y al manejo de las emociones negativas.

Para ello se emplearon métodos y técnicas, que permitieron realizar la investigación de tipo descriptivo, la población investigada fue de 50 personas diabéticas e hipertensas y un familiar respectivamente, a quienes se les realizó una encuesta. El club investigado se crea en noviembre del 2010, conformado por 49 mujeres y 1 hombre, actualmente liderada por la Mg. Denny Ayora.

La información fue analizada a través de los resultados obtenidos de las encuestas, donde se concluyó que el 64% no están satisfechos con el apoyo psicológico que reciben de su familia, y en cuanto a la alimentación el 50% no fraccionan la comida en 5 tomas al día, por falta de apetito, es decir el abandono de la familia influye en su alimentación, ya que al estar solos los pacientes no cumplen estrictamente con su alimentación.

Palabras claves:

Diabetes, Hipertensión Arterial, Emociones, Salud mental, Apoyo familiar.

SUMMARY

Diabetes The diabetes mellitus and the arterial hypertension, they are chronic illnesses that he/she is due to the nutritious bad habits, the sedentarismo and the family inheritance; that not affects alone their biological sphere, but also their emotional and social sphere, since they think that it will change their life and it can shorten it, or to have complications; and to avoid this it implies the necessity to carry out changes in the lifestyle and east is, maybe, the challenge more difficult to conquer, hence it is very important the support of the social, family nets and the team of health.

Of there the importance of carrying out the present investigation family denominated abandonment and their relationship with the feeding in diabetics and hipertensos of the club "Together for the life" of Hospital of Motupe of the city of Loja that had as objective to determine if the family abandonment affects the feeding of the patients that you/they go to the club; for that which I have based the problem of the family abandonment and its repercussion in the alimentary diet; with the purpose of evaluating the grade of satisfaction in the attention that the patient of her family receives; in a same way you/he/she was identified if the foods that the patients consume are the appropriate one for her illness, elaborating an educational program finally to contribute to the generation of alimentary good habits, and to the handling of the negative emotions.

For they were used it methods and technical that allowed to carry out the investigation of descriptive type, the investigated population belonged respectively to 50 diabetic people and hipertensas and a relative to who were carried out a survey. The investigated club is believed in November of the 2010, conformed by 49 women and 1 man, at the moment led by Mg. Denny Ayora.

The information was analyzed through the obtained results of the surveys, where you concluded that 64% is not satisfied with the psychological support that you/they receive from its family, and as for the feeding 50% doesn't fraction the food in 5 takings to the day and overalls they prefer the consumption of carbohydrates and sugars.

Keywords:

Diabetes, Hypertension, Emotions , Mental Health, Family Support .

3. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se desarrolló tomando en cuenta que los pacientes que adquieren enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial experimentan una gama de emociones como temor, culpa y confusión, porque no pueden conservar el ritmo de vida que tenían antes de su enfermedad, en especial les dificulta seguir un nuevo régimen alimenticio, por lo tanto es significativo el apoyo de la familia para colaborar en el cumplimiento de su alimentación. De ahí la importancia del presente trabajo investigativo porque el apoyo familiar representa compañía, saber que las personas que lo rodean lo quieren y así lo demuestran interesándose por lo que le sucede, si una persona se siente amada, se reconocerá como valiosa al ser merecedora de cariño y experimentará una alta motivación para cuidar de sí misma, es decir nunca se sentirá abandonada.

“En el continente latinoamericano, según datos estadísticos: la Hipertensión Arterial: la prevalencia es del 27.8%, pero más de la mitad de los pacientes ignoran este diagnóstico, debido a factores externos como es la falta de recursos económicos y de apoyo familiar”¹. A nivel de Ecuador “Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), las principales causas de mortalidad en 2013 fueron las enfermedades hipertensivas con el 7%, la diabetes 6,5%, todas ellas relacionadas con la mala alimentación”². Según estudio realizado en el Club de Diabéticos e Hipertensos “Juntos por la Vida” del hospital universitario de Motupe, se ha investigado que “los vínculos afectivos familiar – paciente se tornan debilitados en un 37.5% ya que prevalece el abandono y la apatía”³.

Por tanto, el presente trabajo permitió analizar la problemática del abandono familiar y su consecuencia en la alimentación en el grupo de personas que acuden al club, ya que los pacientes, además de enfrentar los

¹ ALABART Eduardo y otros, Revista Médica Universitaria Facultad de Ciencias Médicas- UNCuyo, Vol. 5 -Nº 1- Marzo 2009, <http://webcache.googleusercontent.com>, Fecha de consulta 27/05/2013.

² Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica, En Ecuador por lo menos cinco de cada diez personas adultas presentan sobrepeso, Redacción el 25/06/2013, <http://webcache.googleusercontent.com>, Fecha de consulta 27/05/2013.

³ Lic. LEMACHE Arvoleda Katy Alexandra, Salud mental y patrones alimentarios en el grupo de diabéticos del hospital de Motupe, Tesis, 2013, fecha de consulta 12/10/2013.

problemas de salud, enfrentan un entorno familiar marcado muchas veces por la falta de afecto y de apoyo psicológico.

Es por ello que la presente investigación tuvo como propósito determinar si el abandono familiar afecta la alimentación de los pacientes que acuden al club “Juntos por la vida” del Hospital universitario de Motupe; además describir si las personas que acuden al club están satisfechos con la atención, apoyo psicológico y cuidado en la alimentación que reciben de su familia, e identificar si la alimentación que consumen los pacientes es la adecuada para su enfermedad, y finalmente elaborar un programa educativo en base a los resultados obtenidos, dirigido a los integrantes del club de diabéticos e hipertensos y a su familia, para modificar sus hábitos alimenticios y la importancia del apoyo familiar en el cumplimiento de su dieta.

Para el desarrollo adecuado del trabajo investigativo se emplearon métodos, técnicas e instrumentos como la encuesta, escalas psicoafectiva y de Yesavage, el recordatorio de 24 horas, para poder recolectar datos del club de diabéticos e hipertensos sobre el abandono familiar y la alimentación en los pacientes, y determinar el cumplimiento de los objetivos planteados.

Finalmente se concluye que de acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación se destaca que el 64% de los pacientes no están satisfechos con la atención y apoyo psicológico que recibe por parte de su familia, ya que no existe expresiones de cariño y amor dentro de su núcleo familiar, debido a que no comparten el espacio y tiempo suficiente con sus seres queridos. Con respecto a su alimentación el 50% de ellos no fracciona la dieta en 5 tomas al día, reforzando así que ni el paciente ni la familia se preocupan por su enfermedad. Cabe recalcar que aún se presenta en la dieta del diabético e hipertenso el consumo de sal, grasas y azúcares hábitos que llevan alterar el nivel de glucosa en los diabéticos y a subir los índices de presión arterial en caso de los hipertensos.

Es importante destacar que como profesionales de enfermería debemos fomentar la participación de la familia en el cuidado del diabético e hipertenso, puesto que la fortaleza de los lazos familiares son los que sostienen y/o perjudican la salud del paciente.

4. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar si el abandono familiar afecta la alimentación de los pacientes que acuden al club de diabéticos e hipertensos “Juntos por la Vida” del Hospital Universitario de Motupe.

Objetivos específicos:

- Describir si las personas que acuden al club están satisfechos con la atención, apoyo psicológico y cuidado en la alimentación que reciben de su familia.
- Identificar si la alimentación que consumen los pacientes que acuden a este club es la adecuada para su enfermedad.
- Elaborar un programa educativo en base a los resultados obtenidos, dirigido a los integrantes del club de diabéticos e hipertensos “Juntos por la vida” del Hospital universitario de Motupe y a su familia, para modificar sus hábitos alimenticios y la importancia del apoyo familiar en el cumplimiento de su dieta.

5. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I: LA FAMILIA

Concepto: La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, “es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”⁴. Reyes afirma que “la familia se entiende como un grupo dinámico que organiza las interacciones de sus miembros, que se encamina a satisfacer sus necesidades básicas como; la alimentación, techo, ropa, educación y para los conyugues la vida sexual, también satisfacer necesidades emocionales para desarrollarse psicológicamente. Y por medio de este hacer frente a la crisis, enfermedades y peligros que la vida implica, se reconoce teóricamente que la estructura de la familia siempre ha tenido como tareas básicas de la conservación de especie. Dentro de ella está la nutrición, el desarrollo, y el manejo de los impulsos que permiten a la persona humana convivir en la sociedad”⁵.

Entre las funciones que cumple la familia, tenemos las siguientes:

- a) “Satisfacer las necesidades afectivas de sus miembros.
- b) Satisfacer las necesidades físicas.
- c) Establecer patrones positivos de relaciones interpersonales.
- d) Permitir el desarrollo de la identidad individual de cada uno de los miembros.
- e) Favorecer la adquisición de un patrón psicosexual adecuado.
- f) Promover el proceso de socialización.
- g) Estimular el aprendizaje y la creatividad de sus miembros”⁶.

Las crisis familiares “constituyen una amenaza para la familia y son un riesgo para que esta sufra”⁷ y pueden ser las siguientes:

⁴ Declaración Universal de los Derechos Humanos, «Artículo 16. 3», Asamblea General de las Naciones Unidas 1948, pág. 2, http://eprints.ucm.es/POLITICAS_FAMILIARES_CARMEN_MIGUEL.pdf, Fecha Consulta 27/05/2013.

⁵ REYES Cesar, La desintegración familiar, Guatemala: Pronice, 1997, Pág. 1, <http://es.scribd.com>, Fecha de Consulta 27/05/2013.

⁶ MARTÍNEZ Gómez Cristóbal, Salud Familiar, Primera Edición, Editorial Científico Técnica, La Habana, 2011, págs. 20 a la 26.

Crisis por desmembramiento

El desmembramiento se puede producir por varios eventos divorcio, muerte, abandono, migración.

Crisis por incremento

Esta crisis se presenta cuando la familia se expande, no por situaciones relacionadas con el ciclo vital, sino porque alguien se había independizado de la familia regresa en un momento. Ejemplo de esto son los hijos que se divorcian y vuelven con sus correspondientes descendientes; matrimonios estables con sus hijos que regresan de una satisfactoria migración; regreso del que abandonó la familia.

Crisis por desorganización

La familia necesita, para su buen funcionamiento como todo sistema, tener una organización interna y ésta se puede ver afectada por múltiples causas. Una enfermedad somática o psiquiátrica crónica en uno de los miembros puede, a veces, desorganizar la vida de la familia.

Crisis por desmoralización

La familia, como toda institución, necesita de patrones de conducta rígidos por valores éticos, morales, ideológicos, legales, etc. Cuando estos valores son violentados por miembros de la familia o por personas ajenas a ellas, se generan la crisis por desmoralización.

El maltrato psicológico o físico dirigido hacia las personas más indefensas (personas con enfermedades crónicas) desmoraliza de manera absoluta a la familia y genera una crisis, que de no ser intervenida terapéuticamente redundará en consecuencias irreparables.

Crisis mixta

“Es aquella en la que se pueden detectar varios de los eventos que caracterizan las otras crisis, a la cual los terapeutas familiares le dan un peso

⁷ MARTÍNEZ Gómez Cristóbal, Salud Familiar, Primera Edición, Editorial Científico Técnica, La Habana, 2011, págs. 118 a la 122.

notable a la génesis de las dificultades, en el desarrollo de la personalidad de todos los miembros de la familia”⁸.

Satisfacción familiar

“Se entiende por satisfacción familiar el grado o la medida en que los miembros de la familia se sienten satisfechos respecto al cumplimiento de las funciones familiares, referente a las necesidades físicas, afectivas y del mantenimiento de relaciones constructivas”⁹.

Salud y familia

“Tal y como constata Fletcher (1991) uno de los pilares principales del apoyo social es la familia, ya que proporciona una protección contra la enfermedad. Las relaciones maritales felices y estables mejoran el funcionamiento inmunológico, lo cual puede influir tanto mejorando una enfermedad existente o previniendo enfermedades futuras (Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988)”¹⁰.

El estudio del entorno familiar está adquiriendo cada vez más importancia a la hora de abordar el ajuste de un paciente a una determinada enfermedad, más aún si ésta es crónica ya que indudablemente tendrá un impacto en todo el sistema familiar.

⁸ MARTÍNEZ Gómez Cristóbal, Salud Familiar, Primera Edición, Editorial Científico Técnica, La Habana, 2011, pág. 122.

⁹ MARTÍNEZ Gómez Cristóbal, Salud Familiar, Primera Edición, Editorial Científico Técnica, La Habana, 2011, pág. 285.

¹⁰ JAUREGUIZAR Joana y ESPINA Alberto, Enfermedad física crónica y Familia, 2008, pág. 77, <http://www.centrodepsicoterapia.es>, Fecha de consulta 16/07/2013.

CAPÍTULO II: ABANDONO FAMILIAR

Definición

Según Gastón Gutiérrez, el abandono familiar “es una ruptura en los planos afectivos, de comunicación, interacción como ser social dentro de un grupo familiar”¹¹. Esto es una dinámica que se vive a diario, son innumerables las historias que existen sobre el abandono, desplazamiento o el destierro del núcleo familiar, por lo que trae consecuencias a la persona que queda viviendo sola tanto en lo físico y como en lo psicológico, más aún cuando la persona está enferma, pertenece a un grupo familiar extenso y nadie de los componentes de la familia se preocupa del cuidado, sobre todo en su alimentación.

Al producirse un quiebre en los puntos antes nombrados (comunicación, afectividad), se repliega o es desplazada a un "rincón" del hogar, reduciéndose su mundo social, provocando en la persona enferma una serie de repercusiones tales como abandono familiar social, aislamiento transformación o cambios en los lazos afectivos, cambios bruscos en los estadios de ánimo y avance de su enfermedad.

Repercusiones del abandono

El abandono o desplazamiento tiene consecuencias sobre la persona como ser social y le afecta directamente a sus emociones, salud, sentimientos, etc. Los lazos afectivos se rompen ocasionando un quiebre dentro de una familia al igual que las personas afectadas. La comunicación se interrumpe cortando toda relación e interacción entre los componentes familiares y la persona que enfrenta su enfermedad.

Sus emociones también sufren un cambio, transformándose en personas sensibles, que se ven afectadas por cualquier tipo de situación y/o problemas que hacen que caigan en cuadros depresivos que en consecuencia afectan su salud.

¹¹ GUTIÉRREZ Gastón, Análisis psicosocial del Sujeto Social, Universidad del Mar Escuela de Trabajo Social, Redactado 28/06/2005, <http://www.monografias.com>, fecha de consulta 14/07/2013.

La salud psicológica se ve afectada, la percepción de la realidad cambia no es la misma que los demás perciben, a esto último debemos agregarla responsabilidad que tienen el abuso físico que muchos adultos sufren por parte de sus familiares (hijos, nueras, yernos, nietos, etc.), ocasionando un desequilibrio en su personalidad y esto a su vez afecta sus condiciones de vida como es su aspecto físico y la alimentación.

Por tal motivo, el apoyo familiar es esencial para el paciente que padece una enfermedad crónica como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, porque entre otros cuidados, recibe una buena alimentación que es parte fundamental en el tratamiento de su enfermedad, ya que le permite mantener un buen estado de salud y evitar complicaciones.

Según Ana Castro, “existen cuatro formas de apoyo social que deben recibir las personas con enfermedades crónicas: el apoyo familiar, apoyo social, apoyo institucional y el apoyo religioso o espiritual”¹².

El apoyo familiar es el que ofrecen las hijas e hijos, los esposos/esposas, los hermanos y hermanas y otros familiares al paciente.

Las hijas ofrecen una variedad más amplia de servicios o apoyos que los hijos varones. Una diferencia sustancial entre el apoyo de unas y de los otros es que las hijas se centran en proporcionar más bien apoyo moral y apoyo en relación a labores domésticas y de apego al tratamiento, predominando la preparación de alimentos y la aplicación de insulina o la toma de medicamentos.

Los hijos por su parte, en la mayoría de los casos e independientemente del nivel socioeconómico, proporcionan apoyo económico. Sin embargo los de estrato medio alto y alto y de mayor escolaridad tienden, además, a proporcionarles información sobre la enfermedad, datos que obtienen principalmente por medios electrónicos. En general, tanto las hijas como los hijos vigilan la fuerza de voluntad de la mamá o del papá para cuidar su dieta,

¹² CASTRO Sánchez Ana Eliza, Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, El Apoyo Social en la Enfermedad Crónica, Universidad Autónoma de Nuevo León, Volumen 7 N°4 Octubre- Diciembre 2006, www.respyn.uanl.mx/vii/4/articulos/apoyo_diabeticos.htm, Fecha de consulta 14/07/2013.

muchas veces les hacen compañía y los visitan en el hospital cuando tienen recaídas.

Apoyo de los hijos	Apoyo de las hijas	De ambos
Les dan dinero.	Les recuerdan (o se los dan) la toma de medicamentos.	Vigilan la fuerza de voluntad del paciente para seguir la dieta.
Les pregunta sobre cómo se sienten.	Les preparan los alimentos.	Les hacen compañía.
Buscan información sobre la enfermedad.	Los-las acompañan a hacerse análisis de laboratorio y a las consultas.	Los visitan en el hospital cuando recaen o tienen crisis.
	Ayudan en las labores de la casa, principalmente en la limpieza	
	Apoyo moral.	
	Llevan al paciente a vivir con ellas cuando está en etapa terminal	
	Les procuran alimentos o productos Light	
	Les acompañan a caminar	

Fuente: Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición. **Elaboración:** Castro Ana Eliza; <http://www.respyn.uaol.mx>.

En relación a los esposos y las esposas, encontramos que en general las esposas de los pacientes se apropian de la enfermedad del esposo y se responsabilizan de que él siga el tratamiento y la dieta prescrita, son muy solidarias, muestran una gran preocupación por el estado de salud del cónyuge y les otorgan un apoyo incondicional, incluso en algunos casos de sobreprotección.

En lo que concierne a los esposos de las mujeres diabéticas ellos tienden mayormente a preguntarles sobre cómo se sienten o a vigilar/fiscalizar que no coman ciertos alimentos como los dulces. Los de mayor escolaridad y mejor nivel socioeconómico muestran mayor apertura para aprender o informarse sobre la enfermedad que aqueja al cónyuge (asistir a pláticas educativas, conferencias, cursos, leer) e incluso cocinan para ellas platillos recomendados por la nutrióloga.

Apoyo de la esposa	Apoyo del esposo	El no “apoyo del esposo”
Se responsabiliza de la dieta y tratamiento de él. Lo sobreprotege.	Les hacen compañía, les demuestran afecto.	Niega cualquier apoyo.
Siempre lo apoya, nunca lo abandona pase lo que pase.	Se informan sobre la enfermedad y cocinan para ellas (los de nivel socioeconómico alto y con más escolaridad).	Manifiesta enojo contra la paciente.
Se solidariza con él haciendo la misma dieta.	Vigilan que no coman dulces.	La culpa de su enfermedad.
Los llevan/acompañan a pláticas o conferencias.	Les preguntan sobre su estado de salud.	Le reclama el incumplimiento de las labores domésticas.
Se preocupan bastante.		

Fuente: Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición. **Elaboración:** Castro Ana Eliza; <http://www.respyn.uanl.mx>.

El apoyo que proporcionan las hermanas y los hermanos de los y las pacientes, consiste básicamente en preguntarles sobre su estado de salud, aconsejarles que se cuiden y algunas veces prestarles dinero; las hermanas apoyarían eventualmente en la realización de labores domésticas. En el caso de otros familiares como sobrinos y nietos, ellos proporcionan sobretodo afectos y consejos, este apoyo resulta particularmente importante para aquellas pacientes que no tuvieron hijos y donde el esposo se ubica en la categoría del “no apoyo”, así como para los de edad más avanzada.

Además del apoyo familiar, existen otras formas de apoyo para el paciente con enfermedad crónica, como es el “**apoyo social**, que se refiere al apoyo que proporcionan los grupos de amigos, grupos de convivencia, vecinos o conocidos del paciente, grupos de autoayuda como es el caso del club o grupo de pacientes crónicos. Encontramos que la forma más frecuente de apoyo social entre diabéticos es hacerse recomendaciones sobre recetas caseras y remedios para curar la enfermedad; constantemente se encuentran probando distintos remedios recomendados por algún conocido; **el apoyo institucional**, se refiere a los servicios y apoyos que proporcionan los profesionales del área médica así como el apoyo que otorgan diversas instituciones de asistencia social. Los recursos de las instituciones de asistencia social deja ver la enorme desprotección en la que se encuentran los diabéticos de escasos recursos, pues entran en un círculo vicioso donde la enfermedad no les permite trabajar y seguir el tratamiento médico y la prescripción del nutriólogo; finalmente, **el apoyo religioso o espiritual**, que se refiere al hecho de recurrir a la oración, a la fe, a la reflexión o asistir a un templo o congregación religiosa para reconfortarse moral y espiritualmente. Independientemente del nivel socioeconómico pero con tendencia más marcada en las mujeres diabéticas, la gracia o poder de Dios estaría por encima de cualquier otra creencia o posibilidad para curar o enfrentar la enfermedad, incluso para explicar su aparición. Encontrar y conservar la tranquilidad espiritual sería una de las cuestiones fundamentales para vivir con una enfermedad como la diabetes e hipertensión arterial”¹³.

Papel de la familia en la enfermedad crónica

La familia como recurso

Esta orientación defiende el papel protector de la familia ante la enfermedad, la familia actuaría aumentando las resistencias a la enfermedad. Así, por ejemplo, la familia controla el seguimiento del tratamiento por parte del paciente.

¹³ CASTRO Sánchez Ana Eliza, Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, El Apoyo Social en la Enfermedad Crónica, Universidad Autónoma de Nuevo León, Volumen 7 N°4 Octubre- Diciembre 2006, http://www.respyn.uanl.mx/vii/4/articulos/apoyo_diabeticos.htm, Fecha de consulta 14/07/2013.

La familia psicosomática

Desde esta perspectiva, la familia ya no actúa tanto como recurso potencial, sino como un factor de riesgo, una potencial desventaja. La familia, contribuiría a la aparición de la enfermedad y/o a su curso desfavorable.

Efectos de la enfermedad sobre la familia

Desde este punto de vista no se hace tanto hincapié en la influencia de la familia sobre el paciente y su enfermedad, sino a la inversa: el efecto que tiene sobre el funcionamiento familiar el hecho de que un miembro de la familia sufra una enfermedad.

Influencia de la familia en el curso de una enfermedad crónica

Desde esta perspectiva más sistémica se tiene en cuenta la interacción entre el funcionamiento familiar y las características de la enfermedad. En algunos casos, dicha interacción tendrá efectos positivos sobre el curso de la enfermedad, y en otros casos, podrá tener efectos negativos¹⁴.

La familia de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial, tienen que desempeñar funciones tales como: proporcionar soporte emocional, apoyo material y apoyo psicológico, con la finalidad de ayudarles a afrontar la enfermedad, seguir el tratamiento establecido y evitar complicaciones en su enfermedad.

¹⁴ JAUREGUIZAR Joana y ESPINA Alberto, Enfermedad Física Crónica y Familia, <http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf>, Fecha de Consulta 14/07/2013.

CAPÍTULO III: ALIMENTACIÓN

Definición

La alimentación entendida como “la ingestión de alimentos por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse”¹⁵, permite a los seres humanos gozar de salud cuando ésta es equilibrada, es decir que contiene todos los nutrientes para cubrir sus necesidades. Si se cursa una enfermedad crónica, se restringen algunos alimentos como medida terapéutica de apoyo, situación que se torna crítica o difícil en algunos casos.

Alimentación que debe llevar una persona diabética

En el entendido que “la diabetes es un trastorno metabólico caracterizado por hiperglucemia (glucosa en ayunas > 140mg/dl), ocasionada por reducción, deficiencia o carencia de insulina o resistencia a la hormona”¹⁶, que puede presentar complicaciones como la hipoglucemia, cetoacidosis diabética, estado hiperosmolar no cetósico; o complicaciones crónicas, como es el caso de la neuropatía diabética, infecciones, retinopatía diabética o nefropatía diabética, sino se observa el tratamiento prescrito y cuidados especiales relacionados con la alimentación y la actividad.

El objetivo global del tratamiento nutricional consiste en ayudar a los enfermos a alcanzar y mantener un mejor control metabólico, a reducir el riesgo de complicaciones tanto agudas como a largo plazo y a mejorar su estado general de salud mediante una buena nutrición, para lo cual debe ingerir una variedad de alimentos que contengan:

Proteínas: la ingesta proteica ha de ser suficiente para la formación de anticuerpos y para mantener las funciones del organismo, ya que regula la glucosa en la sangre. El aporte nutricional recomendado actualmente para los adultos es de 0.8g/kg de peso corporal, lo que supone alrededor de 10% de las necesidades diarias de energía, y **en la dieta de la persona con diabetes la**

¹⁵ WALES Jimmy, Fundación Wikipedia, Alimentación, <https://es.wikipedia.org>, Fecha de Consulta 27/05/2013.

¹⁶ MOSQUERA Bajaña Susana y otros, Manual de la Enfermería, Edición MMVIII, Madrid (España) 2005, pág. 284.

ingesta de proteínas no debe suponer más de un 10-12 por 100 del total de las calorías ingeridas.

Fibra: se han efectuado amplios estudios sobre los efectos que la fibra de la dieta, tanto lo soluble como insoluble, ejerce sobre el metabolismo de los carbohidratos y los lípidos de las personas con diabetes mellitus. El consumo de grandes cantidades, de determinadas fibras como el salvado de avena, varias resinas, es eficaz para reducir el colesterol total, así como los triglicéridos. Las fibras solubles mejoran el control glucémico de los diabéticos, debido a la menor velocidad de absorción de los carbohidratos en el intestino delgado, a sus efectos sobre la secreción de diversas hormonas gastrointestinales y a otros efectos metabólicos.

Vitaminas y minerales: Las vitaminas ayudan a regular el metabolismo y la liberación de energía de los alimentos dentro del cuerpo. Los minerales son necesarios para la formación de tejido óseo, para regular el balance de agua dentro y fuera de las células; estos alimentos contienen mucha agua y pueden comerse libremente, como la acelga, apio, alcachofa, berenjena, berros, brócoli, calabaza. Por tal motivo en la dieta de un paciente diabético debe incluir estos alimentos, ya que el uso de diuréticos u otras medicaciones puede afectar a sus necesidades de vitaminas y minerales.

Grasas y carbohidratos: son sustancias que aportan gran cantidad de energía al cuerpo, estos no deben eliminarse totalmente de la dieta, sino saber consumir en cantidades moderadas. Si la ingesta proteica supone de 10% a 20% de la energía, el restante 80% a 90% debe dividirse entre los carbohidratos y la grasa. Para reducir los riesgos de cardiopatía isquémica y de aterosclerosis, suele recomendarse que la grasa no aporte más de 30% de la energía total, por tanto se deben ingerir en poca cantidad.

Son alimentos que deben ser consumidos moderadamente por la persona diabética, sin exceder la cantidad ordenada por el nutricionista: harinas, arroz, papa, yuca, mazorca, plátano, avena, cebada, fréjol. En cuanto a los lácteos son convenientes, la leche descremada, cuajada y yogurt dietético. Es

saludable el consumo moderado de grasa de origen vegetal y evitar los alimentos fritos.

Edulcorantes: los diabéticos suelen utilizar edulcorantes en reemplazo de los endulzantes, distintos de la sacarosa y la fructosa, como parte de su dieta normal. Entre ellos se encuentran los edulcorantes naturales como los derivados del maíz, los concentrados de jugos de fruta, la miel, las melazas, la dextrosa, la maltosa y los alcoholes de azúcar, sacarina, el aspartano y la sucralosa (Canderel, Sacaryl, Splenda). Actualmente se utiliza la stevia, producto natural, por los problemas presentados con los edulcorantes artificiales.

Los dulces o carbohidratos simples, como el azúcar, la panela, miel, melazas, chocolates, postres endulzados con azúcar, helados, bocadillos, mermeladas, gaseosas corrientes, es restringido su consumo, al igual que las grasas de origen animal, como la manteca, mantequilla, natas, natillas para evitar complicaciones metabólicas.

Porciones alimentarias que debe consumir una persona diabética

Alimentos	Porciones por día	Indicaciones
Verduras, hortalizas	3 a 5 porciones	Escoger verduras frescas. Optar por hortalizas de color verde más oscuro y amarillo profundo, como la espinaca, el brócoli, la lechuga, las zanahorias y los pimentones.
Frutas	2 a 4 porciones	Escoger las frutas enteras con más frecuencia que los jugos, ya que tienen más fibra. Las frutas cítricas, como las naranjas, las toronjas

		y las mandarinas son las mejores.
Leche	2 a 3 porciones	Escoger leche o yogur con bajo contenido de grasa o descremados.
Carne y pescado	2 a 3 porciones	Consumir pescado y carne de aves con más frecuencia. Retirar la piel del pollo y el pavo.
Grasas, alcohol y dulces	Cucharas y tenedores adicionales y divida su postre con otras personas. Dulce en porción de tamaño pequeño. Limitar la cantidad de alcohol y tomar con una comida.	Limitar la ingesta de alimentos grasos, sobre todo aquellos ricos en grasa saturada como las hamburguesas, el queso y la mantequilla.

Fuente: American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes -- 2011. *Diabetes Care*.

Elaboración: Deborah Blasco Enfermera especialista en Nutrición

Organización de la alimentación.

1. Establecer un horario y tiempos de comida en conjunto con la persona que padece diabetes (generalmente serán seis tiempos, esto incluye la colación nocturna, 9 pm).
2. Distribuir los grupos de alimentos que contienen la misma cantidad de carbohidratos por porción (osas), en cada tiempo de comida. Es importante iniciar con las harinas por ser la base de la alimentación y utilizar una taza como medida para distribuir las harinas en cada tiempo de comida, los hombres pueden requerir 1 1/2 taza por tiempo de comida y las mujeres una taza. Se pueden mezclar varias harinas siempre y cuando no excedan la taza, en el caso de las mujeres. Ejemplo una taza entre arroz y frijoles, una taza entre garbanzos y arroz.

3. Distribuir las frutas.
4. Distribuir la leche durante el día, pueden ser poquitos (1/4 taza) con el café.
5. Agregar abundante cantidad de vegetales no harinosos u “hortalizas”.
6. Por último distribuir los grupos de alimentos que no contienen carbohidratos (no osas), los de origen animal. Las grasas y aceites se utilizan para cocinar pero se recomienda NO freír alimentos.

Alimentación que debe llevar una persona hipertensa

La hipertensión arterial es definida como “la elevación de la presión sanguínea sistólica y diastólica. Se considera hipertensión patológica a la que excede de 140/100”¹⁷. Las complicaciones que pueden presentar los pacientes que no observan el tratamiento específico y un régimen de vida apropiado son: “nicturia, hiperuricemia, micro albuminuria, insuficiencia renal; disfunción diastólica, hipertrofia del ventrículo izquierdo, isquemia miocárdica; encefalopatía hipertensiva, infarto cerebral, aneurismas de Chacot-Bouchard”¹⁸.

Uno de los aspectos importantes en el cuidado del paciente hipertenso, es el consumo de una dieta hiposódica, baja en potasio, rica en calcio, magnesio y oligoelementos.

Reducción de la ingesta de sodio

“Varias observaciones han mostrado que la hipertensión es prácticamente, inexistente en las sociedades primitivas que consumen dietas pobres en sal. En la actualidad, existe acuerdo sobre el hecho de que la dieta rica en calorías, grasa y sodio y pobre en potasio, se asocia con el desarrollo de hipertensión arterial”¹⁹.

Aunque la respuesta de la tensión arterial a la restricción de sodio es muy heterogénea, el descenso moderado no supone peligro conocido alguno.

¹⁷ MOSQUERA Bajaña Susana y otros, Manual de la Enfermería, Edición MMVIII, Madrid (España) 2005, pág. 272.

¹⁸ FARRERAS Rozman, Medicina Interna, Décimo quinta Edición, Madrid (Barcelona), págs. 588 y 589,596 y 597.

¹⁹ EKHARD E. Ziegler y FILER L. J, Conocimientos Actuales Sobre Nutrición, Organización Panamericana de la Salud, Séptima Edición, Washington 1997, pág. 471.

Reducción de la ingesta de potasio

Los efectos de los suplementos de potasio en los hipertensos parecen determinar también una natriuresis dependiente del estado del sodio en el individuo. Si la ingesta de potasio fue baja y no hubo restricción del sodio, el potasio adicional pareció ejercer un moderado efecto hipotensor.

Aumento de calcio, magnesio y oligoelementos

Una proporción importante de la ingesta de oligoelementos se hace a través del agua. El selenio, el cobre, el zinc u otros oligoelementos esenciales intervienen de manera directa en la regulación de la tensión arterial.

Proteínas: actúan como catalizadores biológicos, ya que a través de las enzimas aceleran las reacciones químicas del metabolismo, esto es importante para un paciente que es hipertenso y además está con sobrepeso; este tipo de alimentos le ayudarán a regular la energía y bajar su peso; estos alimentos los encontramos en los productos de origen animal como carnes, huevos, lácteos o en los productos de origen vegetal, como son los granos: fréjol, lenteja, soya, arveja, quinua, entre otros.

Vitaminas: son micronutrientes esenciales para mantener las funciones vitales del cuerpo. “En Miami, EEUU: Investigadores norteamericanos han descubierto que la vitamina C reduce considerablemente la presión arterial en pacientes hipertensos, al provocar un bloqueo de la oxidación, que ayuda a mantener los niveles de óxido nítrico en el organismo, que son importantes para el funcionamiento de los vasos sanguíneos, explica Frei. El óxido nítrico es un elemento natural que relaja los vasos y contribuye a que el cuerpo mantenga una presión normal. Cuando hay oxidación, el óxido nítrico se inhibe. Los investigadores advierten en su estudio que las personas que padezcan de una tensión muy alta seguirán necesitando medicamentos para rebajarla y mantenerla controlada, aunque en este caso, la vitamina puede ser un factor coadyuvante en el tratamiento”²⁰.

²⁰ PAULING Linus y otros, Revista The Lancet, Universidad de Boston, EE.UU (Miami), <http://www.saludpr.com>, Fecha de consulta 12/08/2013.

Lípidos

“Se determinó que los ácidos grasos poliinsaturados de la dieta, son beneficios para la enfermedad vascular aterosclerótica”²¹.

En conclusión, la **alimentación** es el elemento más importante del plan terapéutico del paciente diabético e hipertenso; una **dieta** sin azúcar, sodio y grasa, es fundamental en el control de la **hiperglucemia** y la presión arterial, pero los hábitos alimenticios culturalmente arraigados, hacen difícil su cumplimiento en algunas personas, por lo que es necesario el apoyo familiar e institucional continuo para el logro de una dieta adecuada.

Porciones alimentarias que debe consumir una persona hipertensa

Alimento	Permitidos	Limitados
Lácteos	Leche, quesillo, queso sin sal, yogurt	Queso con sal
Carnes	Pollo.	Carnes grasas, ahumadas, vísceras
Pescado	Pescado fresco	Pescado seco o ahumado
Frutas	Todas	Frutas en almibar
Verduras	Todas	Ninguna
Aceites	Aceita oliva	Mantequilla, manteca
Bebidas	Jugos	Bebidas con gas

Fuente: American, nutrition hypertension.

Elaboración: Deborah Blasco Enfermera especialista en Nutrición

Consejos que debe llevar una persona hipertensa para mantener una buena alimentación:

- Prescinda de la sal de mesa (normal, marina, yodada) y de cocinar los alimentos con sal. Se debe evitar el hábito de llevar el salero a la mesa.
- Para ensalzar el sabor del plato utilice hierbas aromáticas y condimentos: albahaca, hinojo, comino, estragón, laurel, tomillo, perejil, pimienta.

²¹ EKHard E. Ziegler y FILER L. J, Conocimientos Actuales Sobre Nutrición, Organización Panamericana de la Salud, Séptima Edición, Washington 1997, pág. 472.

- Evite los productos precocinados por su alto porcentaje en sales. Una alternativa muy saludable es congelar los alimentos después de su cocinado.
- Reduzca el consumo de alimentos que utilizan gran cantidad de sodio como conservante y en su procesado (conservas, encurtidos, carnes saladas o ahumadas, embutidos, panceta, patatas fritas, frutos secos, pepinillos).
- Lea las etiquetas con atención. Existen alimentos en el mercado que incluyen el sodio (Na) como aditivo.
- Para reducir el sodio de los alimentos se puede utilizar el remojo prolongado (más de 10 horas) o la doble cocción (cambiar el agua a mitad de la cocción). Estas técnicas se pueden utilizar en las verduras envasadas, legumbres envasadas, pescados congelados y conservas.
- Evite técnicas de cocción con exceso de grasas como guiso, rebozado y frito. Elija cocciones más saludables como plancha, parrilla, hervido, cocido, vapor u horno.
- La cocción al vapor mantiene mejor las propiedades del alimento que el hervido, y evita sazonar con sal porque conserva el sabor.
- Elija agua natural o agua mineral de baja mineralización y evite el agua con gas y las bebidas carbonatadas ya que contienen sodio.
- El ejercicio físico practicado de forma regular y con una intensidad moderada ayuda a mejorar la tensión arterial.
- El estrés mantenido produce elevaciones de la tensión arterial, por tanto es necesario aprender a relajarse.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo descriptivo ya que me permitió recolectar datos del club de diabéticos e hipertensos “Juntos por la vida” del Hospital de Motupe sobre el abandono familiar y la alimentación en los pacientes, en un período de tiempo y determinar el cumplimiento de los objetivos planteados.

Universo y muestra

La población investigada fueron 50 personas que integran el club de diabéticos e hipertensos “Juntos por la Vida” del Hospital de Motupe, representados por 49 mujeres y 1 hombre.

Técnicas e instrumentos

Para el desarrollo de la presente investigación, se aplicó las técnicas de observación directa y encuestas, las mismas que me sirvieron para la recolección de información y alcanzar el resultado propuesto.

La observación directa: con esta técnica se logró establecer una relación directa con el paciente, para detectar estados emocionales y comportamientos, a través de las visitas domiciliarias.

Consentimiento Informado, es un escrito en donde el paciente decide de forma voluntaria su participación en la presente tesis.

Encuesta: se aplicó a los familiares de los pacientes, para obtener información acerca de la relación familiar que existe entre ellos y para conocer los cuidados que le dan al paciente, sobretodo en la alimentación.

Escala psicoafectiva: con la aplicación de esta técnica se buscó fundamentalmente indagar el grado de confianza o inseguridad de los participantes estudiados, además de conocer de forma general el estado afectivo. Lo cual unido al resto de los métodos y técnicas reflejó criterios muy importantes para la investigación.

Escala de depresión de Yesavage: permitió medir los niveles de depresión del paciente diabético.

Recordatorio de 24 horas: permitió recoger datos sobre la alimentación, con el fin de conocer realmente el tipo de alimentos que ingieren y que forman parte de su dieta diaria.

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla N° 1

Edad y sexo

Edad años	Frecuencia	Porcentaje	Sexo	Frecuencia	Masculino
50-55	20	40%	Femenino	49	98%
56-60	12	24%	Masculino	1	2%
61-64	10	20%			
65 y más	8	16%			
Total	50	100%	Total	50	100%

Fuente: Encuesta aplicada al club de Diabéticos e Hipertensos del Hospital de Motupe

Autora: Mayra Paccha

El 98% de las pacientes que acuden al club de Diabéticos e Hipertensos “Juntos por la Vida” del Hospital de Motupe corresponden al sexo femenino, y sólo un 2% representa al sexo masculino; con respecto a la edad se observa que el 40% de los integrantes del club están comprendidos entre las edades de 50 – 55 años, el 24% se encuentran en las edades de 56 – 60 años, el 20% están en la edad de 61– 64 años, y el 16% de la pacientes son adultos mayores es decir están en los 65 años y más.

Tabla N° 2

Satisfacción del paciente en el apoyo psicológico que recibe de su familia

Apoyo psicológico	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	36%
No	32	64%
Total	50	100%

Fuente: Encuesta aplicada al club de Diabéticos e Hipertensos del Hospital de Motupe

Autora: Mayra Paccha

El 36% de los integrantes del club comenta que están satisfechos con el apoyo psicológico que reciben de su familia es decir en sus hogares les expresan cariño y amor, refieren que siempre tratan de hacerles sentir importantes; mientras que el 64% de los pacientes enuncian que no están satisfechos por el de cariño y amor que reciben de su familia, porque durante todo el día por situaciones de trabajo sus familiares tienen que salir y abandonar su hogar, es decir no existe el tiempo y el espacio para compartir.

Tabla N° 3

Satisfacción del paciente en la participación familiar

Participación familiar	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	30%
No	35	70%
Total	50	100%

Fuente: Encuesta aplicada al club de Diabéticos e Hipertensos del Hospital de Motupe

Autora: Mayra Paccha

El 30% de los pacientes manifiestan que están satisfechos con la participación de su familia en su enfermedad, ya que les acompañan a sus citas médicas e investigan sobre los alimentos que pueden consumir; mientras que el 70% de los pacientes refieren que no están satisfechos con la participación de su familia, debido a que por razones de trabajo sus familiares no les acompañan a sus citas médicas y prefieren ir solos para no molestar a sus hijos, además comentan que pese a que viven en la misma casa no les ayudan en sus tareas domésticas.

Tabla N° 4

Satisfacción del paciente en la atención que recibe de su familia en el cuidado de su alimentación

N^a de comidas al día	Frecuencia	Porcentaje	Compañía a la hora de comer	Frecuencia	Porcentaje
3 veces	25	50%	Sola	31	62%
5 veces	25	50%	En familia	19	38%
Total	50	100%	Total	50	100%

Fuente: Encuesta aplicada al club de Diabéticos e Hipertensos del Hospital de Motupe

Autora: Mayra Paccha

El 50% de los pacientes expresan que fraccionan su dieta en cinco tomas al día, dicen que así viajen a cualquier lugar no se olvidan de su alimentación a media tarde y a media mañana y lo llevan incluso preparado de su casa; mientras que el 50% no fracciona su dieta en 5 tomas al día, por múltiples razones como: por falta de apetito, porque se olvidan y otros porque no tienen tiempo; también se puede observar que el 62% de los pacientes comen solos, porque durante todo el día su familia permanece fuera de casa; mientras que el 38% si comparten el tiempo para las comidas, haciendo más ameno y agradable el poco tiempo brindado pero de calidad, generalmente lo hacen los fines de semana cuando ya no tienen que salir a trabajar, consumiendo así todos los integrantes la misma comida.

Tabla Nº 5

Recordatorio de 24 horas

Tipos de alimentos	DESAYUNO		1/2 MAÑANA		ALMUERZO		1/2 TARDE		MERIENDA	
	Frecuencia	%								
Formadores	3	6%	9	18%	20	40%	9	18%	3	6%
Reguladores	25	50%	30	60%	2	4%	30	60%	25	50%
Energéticos	22	44%	11	22%	28	56%	11	22%	22	44%
TOTAL	50	100%	50	100%	50	100%	50	100%	50	100%

Fuente: Test de Nutrición

Autora: Mayra Paccha

Según la tabla, se observa que el 50% de los pacientes en el desayuno consumen alimentos reguladores como jugos de frutas, seguido de los alimentos energéticos como café y pan, con un 44% del total; en la media mañana los pacientes consumen alimentos reguladores como son las frutas en porciones; mientras que en el almuerzo los pacientes consumen más los alimentos energéticos como son el arroz, papas, tubérculos, con un 56%, seguido de los alimentos formadores como son las ensaladas de verduras y carnes, que representa un 40%; en la media tarde los pacientes consumen los alimentos reguladores como las frutas; mientras que en la merienda el 50% de los pacientes consumen alimentos reguladores con un 50%, seguido de los alimentos energéticos como galletas y chocolates con un 44% del total; es decir que hay un mayor consumo de alimentos reguladores, seguido de energéticos, y finalmente existe un menor consumo de alimentos formadores; cabe recalcar que existe pacientes que a pesar de su enfermedad han consumido por varias ocasiones bocadillos, salchipapas y chocolates e incluso lo han hecho sin que su familia se entere.

Tabla N° 6

Escala Psicoafectiva (CITED)

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Sin alteración afectiva	14	28%
Con alteración afectiva	36	72%
Total	50	100%

Fuente: Escala Psico afectiva (CITED)

Autora: Mayra Paccha

El 72% de los pacientes presentan alteración en su psico-afectividad, debido a que la mayor parte del día pasan solos y no tienen con quien dialogar; y tan solo en el 28% no se encuentran con alteración psico-afectiva, manifestando que a pesar de que no comparten el tiempo suficiente con su familia, Dios el Todopoderoso les acompaña siempre, y además comentan que al reunirse en el club también les ayuda a no sentirse solas, porque allí comparte con sus compañeras, se divierten y pasan momentos muy agradables.

Tabla N° 7

Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Escala	Frecuencia	Porcentaje
0-10: Normal	22	44%
11-14: Depresión moderada	10	20%
Mayor 14: Depresión grave	18	36%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 44% de los pacientes, según la escala Geriátrica de Yesavage se encuentra en la escala de la normalidad; en tanto que el 36% de los pacientes (18 de ellos) presentan depresión grave y finalmente el 20%, presenta depresión moderada, lo que en su totalidad podemos acotar que la depresión forma parte de sus vidas, esto debido a que han tenido que renunciar a muchas de sus actividades que lo hacían anteriormente debido a que han perdido su fuerza y energía por su enfermedad, además los pacientes comentan que sienten intranquilidad y miedo porque su enfermedad se puede complicar.

8. DISCUSIÓN

En los últimos años la Diabetes Mellitus y la hipertensión arterial han sido objeto de investigaciones encaminadas a conocer otras dimensiones del problema, más allá de los factores asociados con el incremento de los casos y las complicaciones. Algunas investigaciones reportadas muestran los factores que refieren el impacto que genera la enfermedad en las personas que la padecen y las formas en que se ven afectados aspectos de su vida cotidiana, personal, familiar y laboral.

De manera más específica han aparecido algunas investigaciones que tratan de conocer la relación entre el apoyo familiar y el control de la enfermedad, algunas encaminados a evaluar el apoyo familiar que reciben los enfermos de diabetes e hipertensos, otros estudios valoran la perspectiva de la familia en torno al enfermo de diabetes e hipertensión y exploran el significado del cuidado y los elementos implicados en la atención a los enfermos por parte de los familiares.

“Según el estudio realizado en la ciudad de México, el 93% (67 de 72) de los encuestados viven con su familia y el 7% (5 de 72) respondieron que viven solos(as). El 57% (41 de 72) respondió que sus familiares le apoyan diciéndole a qué hora se debe tomar sus medicamentos, 42% (30 de 72) dijo que no tiene ese apoyo de parte de sus familiares y uno respondió que solo a veces le recuerdan la hora en que se va a tomar su tratamiento. Además de que dieta divide a la familia en diabéticos y no diabéticos: unos se convierten en los enfermos que deben comer comida de “dieta” y, los otros, son los no enfermos o sanos que comen comida “normal”, provocándose una ruptura en la estructura de convivencia, a la vez que se pone en cuestión la pertenencia alimentaria familiar”²².

Si comparamos con el estudio realizado en el club de diabético e hipertensos “Juntos por la vida” del Hospital de Motupe de la ciudad de Loja, existe similitud, ya que 64% de los pacientes expresan que su familia no les colabora en su

²² GARAY María, Instituto de Investigaciones Médicas, Universidad de Guanajuato, Volumen 1, http://concyteg.gob._MUNDO_EMOCIONAL_PACIENTE_DIABETICO.pdf, Fecha de consulta 15-04-2014.

tratamiento como es dieta y toma de medicamentos; mientras que el 36% de los usuarios expresan que si reciben el apoyo de su familia en su tratamiento.

Muchos de los estudios realizados en torno al tema del apoyo familiar dan cuenta de las perspectivas de los actores sean enfermos o familiares pero en forma aislada, este trabajo tuvo el objetivo de conocer las percepciones de los enfermos y sus familiares acerca del padecimiento y el apoyo familiar, reconociendo que ambos actores comparten la experiencia de padecer una enfermedad crónica aunque desde lugares diferentes, uno viviendo la enfermedad y otro ejerciendo el rol de cuidador.

“En un estudio se realizado en una muestra poblacional de cerca de 5.000 personas mayores de 55 años en la ciudad de Zaragoza; con el apoyo del Test de Depresión de Yesavage reportan que la mayoría de las respuestas muestran una salud sicosocial positiva en los adultos, llama la atención algunos aspectos que pueden ser considerados factores desencadenantes de depresión como: abandono de muchos de sus intereses o actividades de la vida diaria en el 58% , preferir quedarse en casa en lugar de salir a hacer cosas nuevas en el 52% y sentir que su vida está vacía en el 30% . En relación con los hábitos alimentarios se encontró que los cambios en el estado emocional, afecta el consumo de alimentos. Al comparar con el club de diabéticos objeto de estudio se observa cierta similitud donde el 36% de los pacientes (13) siempre se sienten deprimidos, tristes, melancólicos o apesadumbrados. Un 32% (16 de ellos) sienten que siempre su vida está vacía. El 70% (35 pacientes) padecen siempre de trastornos de sueño, y uno de los datos más alarmantes lo constituye el 26% (13 pacientes) quienes reportan que a veces tuvieron entre sus pensamientos el deseo de quitarse la vida. El 32% que representa a 16 pacientes siempre se han sentido alterados o nerviosos por asuntos sin importancia. 10 pacientes que representan el 20% siempre se han sentido sin confianza e inseguros de sí mismos. Y finalmente el 48% de la población investigada (24 pacientes) siempre se disgustan

o se irritan con facilidad lo que nos refleja una debilidad ante la existencia de estrategias de afrontamiento para enfrentar la vida y vencer las adversidades”²³.

“Según el estudio realizado por la Mg. Katy Lemache realizado en el mismo grupo de pacientes demuestran que los vínculos afectivos familiar – paciente se tornan debilitados puesto que en el 37.5% de los casos la relación ha cambiado para mal ya que en los altibajos de su enfermedad prevalece el abandono, la apatía, y sobre todo las recriminaciones de culpabilidad que conllevan a una amplia carga emocional para la familia. Respecto a la “dieta” como componente del tratamiento diabetológico, se observó que los pacientes aunque tratan de respetar los horarios y régimen de alimentación no cumplen estrictamente con estos aspectos del tratamiento, pues prefieren el consumo de carbohidratos simples, el 52.5% casi nunca consume cereales, tampoco expresan llevar la vigilancia del peso corporal como un aspecto importante en la dieta ni el consumo estricto de los alimentos recomendados”²⁴.

De acuerdo a este estudio la presente investigación presenta una similitud, ya que según los resultados obtenidos el 78% de los pacientes han renunciado a sus actividades, refieren no tener la misma fuerza y energía para continuar haciendo sus labores que anteriormente lo hacían; el 66% de los pacientes sienten que su vida está vacía; el 56% de los pacientes no experimentan esa sensación de buen ánimo, manifestando que por su enfermedad se sienten deprimidos; el 50% de los pacientes han experimentado muchas veces esta sensación de abandonado; y el 86% de los pacientes manifiestan que frecuentemente sienten deseos de llorar, en especial cuando están solos. En cuanto a la dieta el 50% de los pacientes no fraccionan la comida en 5 tomas al día y sobretodo prefieren el consumo de carbohidratos y azúcares.

²³ AZNAR Tomás y otros, Revista Española de Salud Pública, Universidad de Zaragoza, Volumen 76 N° 3, Junio 2012, <http://scielo.isciii.es>, Fecha de consulta 15-04-2014.

²⁴ LEMACHE Arvoleda Katy Alexandra, Salud Mental y Patrones Alimentarios en el grupo de Diabéticos del Hospital de Motupe, Tesis, 2013, fecha de consulta 12/10/2013.

9. CONCLUSIONES

- ❖ Los integrantes del Club de Diabéticos e Hipertensos “Juntos por la Vida” del Hospital de Motupe, están representados por 49 mujeres y un hombre, comprendidos entre las edades de 50 y 65 años, por lo que 8 integrantes son adultos mayores.
- ❖ Se identificó que los pacientes no están satisfechos con la atención y apoyo psicológico que recibe por parte de su familia, por lo que el 64% de ellos no han experimentado muestras de cariño y amor por parte de sus seres queridos, debido a que la familia no comparte el espacio y tiempo suficiente, existiendo el abandono que conlleva a que el paciente siente que no es importante dentro de su núcleo familiar.
- ❖ En relación a la alimentación que llevan los pacientes diabéticos e hipertensos, se evidenció que el 50% no cumplen estrictamente con el fraccionamiento de los alimentos en 5 tomas al día y la puntualidad, por sentir la ausencia de las familiares en su hogar, sobre todo a la hora de las comidas, lo que conlleva a la falta de apetito.

10. RECOMENDACIONES

- ❖ Se recomienda al Director del Hospital de Motupe que además de las actividades que se realizan dentro del club, también se incluyan capacitaciones en la preparación de recetas alimenticias de acuerdo a su enfermedad como es la diabetes e hipertensión arterial, de manera que integren a su estilo de vida patrones alimentarios saludables.
- ❖ Además de las actividades que realiza el equipo multidisciplinario de salud del Hospital de Motupe en la visitas domiciliarias, se establezca vigilancia permanente con el fin de conocer la realidad de cada uno de los integrantes del club, considerando a aquellos pacientes que está su estado emocional en riesgo.
- ❖ Que la líder del club Mg. Denny Ayora aplique talleres de terapias alternativas como la musicoterapia, aromoterapia, risoterapia, entre otras, para disminuir la depresión y mejorar el estado emocional de los integrantes del club de diabéticos e hipertensos “Juntos por la Vida” del Hospital de Motupe.

PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO AL CLUB DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL HOSPITAL DE MOTUPE

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre están muy altos. La glucosa proviene de los alimentos que se consume. La insulina es una hormona que ayuda a que la glucosa entre a las células para suministrarles energía.

La Diabetes Mellitus frecuentemente se asocia a Hipertensión Arterial, y se ha observado que para individuos de una misma edad, quienes padecen esta alteración en el metabolismo glucídico presentan cifras promedio de presión arterial más elevadas, hechos que se puede observar al menos hasta los 60 años de edad. Por otra parte, se ha podido verificar que las cifras promedio de presión arterial sistólica se incrementan progresivamente con el ascenso de los niveles de glucemia, hecho no objetivado con la presión arterial diastólica, lo que implica simultáneamente un incremento de la presión de pulso; y sabido es que ambas situaciones, aumento de la presión arterial sistólica y de la presión de pulso, tienen implicancias desde un punto de vista fisiopatológico, pronóstico y terapéutico.

La mayoría de las personas, cuando se enteran de que sufren de diabetes o hipertensión arterial, atraviesan una gama de emociones que comienza con negación y también incluye temor, culpa, enojo, confusión y depresión.

Los estudios demuestran que la utilización de diversas estrategias comportamentales, como la relajación o el entrenamiento en habilidades sociales, terapias alternativas, ayudan a los pacientes diabéticos a aprender cómo afrontar el estrés y las emociones en general. El primer paso sería educar a la persona con diabetes a identificar la emoción. Después tiene que darse cuenta de los pensamientos que llevan a esa emoción y de las consecuencias que tiene en forma de conductas.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Promover la concientización de las emociones que generan al escuchar música a los pacientes del club de Diabéticos e Hipertensos “Juntos por la Vida” del Hospital de Motupe, propiciando un ambiente positivo en cada uno de los pacientes.

Objetivos específicos:

- Identificar las emociones expresados por los pacientes a través de la música, posibilitando una actitud de participación y apretura grupal.
- Aplicar técnicas de musicoterapia a los pacientes con el fin de eliminar tensiones musculares y facilitar la expresión emocional y sonora.

Musicoterapia

“Se entiende por musicoterapia “terapia a través de la música”, es el arte de comunicarse por medio de los sonidos, creando un espacio de relación interpersonal idóneo para el proceso de curación”²⁵.

La musicoterapia les permite a las personas:

- ❖ Explorar sus sentimientos.
- ❖ Hacer cambios positivos en su estado de ánimo y en su estado emocional.
- ❖ Desarrollar un sentido de control de sus vidas a través de experiencias de éxito.
- ❖ Aprender o poner en práctica habilidades para resolver problemas y conflictos.
- ❖ Mejorar la socialización.

La música-terapia se divide en dos grupos:

Música de fondo: Este tipo de música lo utilizan en los hospitales para crear un ambiente tranquilo, sobre todo a la hora de la comida o de lectura.

Contemplativa: Es necesario que si se quiere alcanzar un grado de relajación se deben escuchar tríos de piano, violín y violoncelo.

Técnicas

Audición musical con sus modalidades de expresión verbal, escrita (en prosa y verso) y plástica (pintura). Se propone al paciente escuchar música, tanto dirigida que de su gusto personal, con el objetivo de estimular la imaginación y la creatividad y provocar recuerdos, imágenes y fantasías. Tiene varias modalidades: expresión plástica, oral y escrita.

Improvisación musical, según modelo de Bruccia (Posh, 1999). Implica expresarse espontánea, libre y creativamente a través de cualquier instrumento musical, de la propia voz (canto) o del propio cuerpo (danza).

²⁵ PEREZ María; Revista Digital; Innovación y Experiencia Educativa; Ecuador; Agosto 2010; www.fundacionborjasanchez.org/upload/documentos/musico_terapia.pdf

Técnica de viajes musicales de Cid (Posh, 1999). Se plantea al paciente viajar imaginariamente a diversos países o lugares con ayuda de carteles o postales alusivas a la música descriptiva de cada lugar indicado, con el apoyo adicional de poesías o descripciones poéticas. Ayuda al paciente a evadirse (salir de sí mismo) recordando experiencias positivas y regresar a la realidad con un espíritu más positivo.

Canto, ya sea a través de la improvisación musical antes descrita o a través del diálogo musical. Consiste en intercambios de secuencias musicales improvisadas entre dos o más personas, quienes pueden expresar una pregunta, aseveración, admiración, negación, duda, odio o amor.

Danzaterapia. Consiste en expresar a través del movimiento del cuerpo, el ritmo, melodías o canciones que escuchan o cantan ellos mismos.

Técnica de relajación de Schultz con fondo musical a fin de lograr estados de sedación en las sesiones, y también para enseñar a los sujetos su uso paralelo con la aplicación de músicas sedantes y su uso ulterior de forma individual

Música y musicoterapia

La música podría definirse como “la forma libre que tiene una persona para combinar los sonidos de manera continua y espontánea, bajo diversos sistemas de composición y estilos musicales; a su vez también se pueden considerar sonidos musicales a aquellas vibraciones que emitirían los instrumentos musicales, incluyendo también aquí el sonido que produce la vibración de las cuerdas vocales cuando cantamos”. (Vanesa Cordantonopulos, 2002, pág. 8)

A su vez esta autora hace una explicación al decir que la musicoterapia tendría una relación y un propósito entre: música, paciente y terapeuta, dentro de un proceso sistemático de intervención con el fin de brindar una mejor salud, pudiendo aplicarse la musicoterapia de dos formas:

- Activa: Cantar, música y movimiento, tocar instrumentos y audición

- Receptiva: Métodos de relajación e imaginación guiada (visualizando el mundo interior del paciente)

Música terapia y salud mental

La musicoterapia para tal fin, se valdría de recursos exclusivos como del sonido, la música, la voz, los instrumentos musicales, además de todas las formas rítmicas y acústicas expresadas o vivenciadas a través del cuerpo; los objetos, y los medios analógicos y digitales de producción, reproducción, adición y comunicación”. A su vez el abordaje en salud mental, basados en estas acciones expondrían de manera directa las problemáticas y los síntomas patológicos de cada paciente. (Gallardo, 2011, pág. 26).

¿Cómo actúa la Musicoterapia?

“La Musicoterapia utiliza las cualidades inherentes a la música para conectar con el interior de la persona y facilitarle que sea consciente de lo que siente, que lo pueda asumir viviéndolo y haciéndole espacio, y que pueda expresarlo de forma creativa”²⁶.

La Musicoterapia confía en la capacidad de la música para sanar las emociones, creando un marco favorecedor de la introspección, de la comunicación consigo mismo y con el musicoterapeuta, y también con el resto del grupo si se realiza en sesiones colectivas.

Técnicas de Musicoterapia

Existen muchas técnicas en Musicoterapia, algunas relacionadas con determinadas corrientes psicológicas (conductismo, psicoanálisis, psicología humanista). Pero sobre todo hay que destacar dos líneas muy diferenciadas y muy distintas en la manera de aplicar la música como tratamiento terapéutico. Por un lado, encontramos las técnicas receptivas, en las que el paciente “recibe” la música, la cual suele ser tocada o cantada por el musicoterapeuta o, en algún caso, puede provenir de una grabación que el profesional considere adecuada a sus objetivos. Por otro lado, están las técnicas activas, que son aquéllas en las

²⁶ TRALLERO Conxa; Documental de la Universidad de Barcelona; Musicoterapia para el Estrés: Como Recobrar la Calma Interior; España 2009; <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/MUSICOTERAPIAESTRES.pdf>

que el paciente toca instrumentos de manejo sencillo o percute en el propio cuerpo, se mueve o danza, canta en fin, se expresa a través de la música en lugar de ser simplemente un receptor de ella.

Beneficios terapéuticos

- ✚ Habilidades Motrices: A través de las actividades musicales se trabaja la coordinación y el equilibrio, la movilidad y el desarrollo de las actividades motrices funcionales. A la vez, se puede lograr la mejora de la coordinación motora, la amplitud de movimiento, el tono muscular y la respiración.
- ✚ Habilidades Sensoriales: Mediante técnicas musicales dirigidas se aumenta la capacidad de recibir y diferenciar estímulos sensoriales. Posteriormente, se logra una organización e interpretación de los mismos y la producción de la respuesta deseada.
- ✚ Habilidades Cognitivas: Con la música como elemento motivador se estimulan las funciones superiores: la atención, la memoria, el nivel de alerta, la orientación, el reconocimiento, el aprendizaje y la imaginación.
- ✚ Habilidades Socio-Emocionales: Las técnicas musicales receptivas y activas facilitan la expresión y el compartir de emociones y sentimientos a la vez que promueven la interacción y las habilidades sociales. Por otro lado, el uso terapéutico de la música fomenta el auto-conocimiento de la persona, permitiendo un aumento de su autoestima y una reducción de los sentimientos depresivos, de ansiedad y de estrés²⁷.

²⁷ FERNÁNDEZ María; Documental; Educación Musical; Musicoterapia; Ecuador 2004; www.uclm.es/profesorado/Musicoterapia2.doc

Desarrollo de las sesiones

Sesión 1

"Trabajar el cuerpo"

Para iniciar la primera sesión es de vital importancia hablar acerca del valor que ejerce la música en nuestro cuerpo, como es la capacidad de mover al ser humano tanto en el ámbito físico como psíquico. La musicoterapia se utiliza en la consecución de objetivos terapéuticos, manteniendo, mejorando y restaurando el funcionamiento físico,



cognitivo, emocional y social de las personas tanto sanas como enfermas.

Objetivo:

- Mover las partes del cuerpo que intervienen al tocar diferentes instrumentos.

Materiales: fotos de instrumentos que van a sonar, una sala para realizar la actividad y CD de música.

Tipo de música: clásica

Ejercicios:

a. "La historia interminable"

A través de una historia en la que se va dando una serie de instrucciones, se trabaja con el movimiento de las extremidades inferiores, todo ello siguiendo el ritmo que nos marca la música. Siempre cuidando el vocabulario que empleamos y asegurándonos de que el proceso de la actividad es comprendido por todos los miembros del grupo. Esto lo realizamos con música de fondo.

En círculo, cogidos de las manos, caminamos despacio, aumentando poco a poco la velocidad hasta que acabemos haciendo movimientos. De vez en cuando cambiamos de sentido en el círculo. Mantenemos el círculo y hacemos el ejercicio

de agacharnos y levantarnos sucesivamente, nos mantenemos en la posición de agachados durante cinco segundos.

Levantamos y bajamos los brazos unidos a los del compañero. Por último, nos movemos a la pata coja manteniendo el círculo.

b. “Soy un instrumento”

Comenzamos dando una breve explicación sobre la actividad que vamos a desarrollar, preguntándoles qué instrumentos musicales conocen, sus sonidos, cuáles les gustan más, etc. Esto lo haremos, como siempre, cuidando la expresión y el vocabulario que utilizamos para que todos los participantes puedan comprender el proceso. Comienza la música en la que sonarán diferentes instrumentos: guitarra, batería, gaita y violín. Mientras escuchan la música se van familiarizando y reconociendo el sonido de cada instrumento. A la vez que simulamos tocar cada instrumento vamos moviendo las diferentes partes del cuerpo implicadas.

c. “Baila conmigo”

Tras haber explorado sus preferencias musicales, se seleccionan uno o varios temas, para terminar la sesión bailando al ritmo de la música por parejas, indicándoles que cambien de pareja en diferentes momentos y de forma individual. Se apoyará para que realicen la actividad de “bailar”. Y durante la misma, procuraremos que ningún participante se quede sin pareja, o sin bailar.

d. “Relax imaginativo”

Consiste en realizar un ejercicio de creación visual imaginativa, basada en la narración de la sesión, primero se debe realizar una relajación física (respiraciones profundas), luego se realiza la narración, donde se pueden asignar papeles a los participantes y posteriormente se vuelve a la realidad.

Tumbados sobre colchonetas, con los ojos cerrados y con música de fondo van escuchando y concentrándose en una historia.

Finalmente, poco a poco irán abriendo los ojos y levantándose. Ejemplo de historia: vamos descalzos por el asfalto, notamos el calor en los pies, muy cerca vemos una playa vacía, con el agua muy azul y cristalina, caminamos hacia ella y notamos en los pies la arena, fina y calentita, y nos sentimos tan a gusto (silencio); vemos una hamaca y nos tumbamos al sol, estamos tan bien (silencio); sentimos calor así que nos metemos en el agua, notamos poco a poco como nos refresca, primero los pies , luego las piernas, la cintura, el pecho y la cabeza, estamos muy relajados (silencio); vemos una colchoneta y nos tumbamos, notamos como el sol seca nuestro cuerpo, estamos tan a gusto (silencio); Poco a poco vamos despertando y abriendo los ojos.

Duración: 30 minutos.

Al terminar pedimos comentarios de los participantes, acerca de lo bueno que les transmitió la música.

Sesión 2

"Fomentar la creatividad"

De forma verbal y con música de fondo, sentados en círculo, iremos explicando muy brevemente qué actividades se van a desarrollar durante la sesión.

Objetivo:

- Estimular la creatividad.

Materiales: instrumentos musicales, CD de música, una sala para realizar la actividad.

Tipo de música: música popular

Ejercicios:

a. "La historia interminable II"

A través de una historia en la que se van dando una serie de instrucciones trabajamos la lateralidad y el movimiento de las extremidades inferiores y superiores, todo ello siguiendo el ritmo que nos marca la música. El desarrollo sería el siguiente:

En círculo, les vamos guiando con nuestra voz y nuestros gestos: caminamos sobre distintas superficies: de hielo, sobre arena, un colchón, suelo muy caliente, una superficie con pinchos, etc. a la vez que nos movemos y expresamos con nuestro cuerpo cada una de las sensaciones provocadas, para que ellos nos imiten.

Llegamos a una escalera, la subimos, realizamos el movimiento de subir una escalera de mano, sin movernos de nuestro sitio, la bajamos.

Seguimos en círculo, caminando de puntillas y nos agachamos cada cierto tiempo, siguiendo las indicaciones de los monitores.



Nos situamos en dos filas, de forma que cada miembro del grupo, tenga en frente de él a un compañero, mantenemos el criterio anterior para los apoyos

Una vez situados así, juntamos nuestra mano derecha con la mano derecha del compañero, y lo mismo con la izquierda, así sucesivamente.

Damos pasos cortitos hacia el compañero de enfrente, y pasos más largos alejándonos de éste.

b. “Dime tu nombre”

Sentados en círculo, cada uno de los miembros del grupo dice su nombre en voz alta y lo asocia con un ritmo, para ello, puede utilizar palmas, pitos, patadas al suelo, objetos, etc.

Se pide al grupo que trate de repetir el nombre y el ritmo con el que se presentó un miembro del grupo. En caso de que no se acuerden se pedirá a la persona que lo repita y todos juntos lo imitaremos.

c. “Dramatización de situación” (Expresión corporal)

Sentados en el suelo en corro, sale una persona por parejas o en grupo a escenificar situaciones, por ejemplo:

- vas andando por una avenida, de pronto se va la luz, tienes miedo, sale una persona, saca una navaja, te quiere quitar el dinero, sales corriendo.

- sales de casa cerrando la puerta, te encuentras con un amigo, ríes, entras en una cafetería, se sienta a tomar café y refrescos, pide la cuenta al camarero, se despide, etc.

d. “Bailamos”

Se bailará al ritmo de la música que haya traído el miembro/s del grupo protagonista de la sesión, por parejas, indicándoles que cambien de pareja en diferentes momentos y de forma individual. Se apoyará para que realicen la actividad de “bailar” y durante la misma, se procurará que ningún participante

se quede sin pareja, o sin bailar, intentando, que los cambios de pareja sean continuos, de forma que todos los participantes puedan bailar con cada uno de los miembros del grupo.

e. “Nos relajamos”

Tumbados en las colchonetas, vamos recordando lo que hemos hecho en la sesión de hoy, que partes del cuerpo hemos utilizado, y al mismo tiempo las vamos moviendo.

Duración: 45 minutos.

Al terminar pedimos comentarios de los participantes, acerca de los sentimientos expresados durante el sonido de la música.

Sesión 3

"Desarrollar la capacidad de imitar"

De forma verbal y con música de fondo, sentados en círculo, explicamos muy brevemente qué actividades se van a desarrollar durante la sesión.

Objetivo:

- Desarrollar la capacidad de imitación.

Materiales: figuras de animales, CD de música, una sala para realizar la actividad.



Tipo de música: música instrumental

Ejercicios

a. "Las estatuas"

Aunque se puede realizar sentados moviendo solamente los brazos, es preferible usar un espacio que permita el libre movimiento de cada cual. Se explica el procedimiento, que se desarrolla de forma que cuando comience a sonar la música, imitamos el movimiento de los pájaros volando alegremente, por ejemplo. Nos vamos moviendo por la sala y, cuando deje de sonar la música nos convertiremos en estatuas. En el momento que vuelva a sonar la música continuaremos moviéndonos y así sucesivamente.

b. "Los ecos africanos y otros ecos"

La persona que dirige la sesión hace un ritmo sencillo y el grupo lo imita. Repitiéndolo las veces necesarias hasta que salga bien y se consiga un buen eco, es decir una buena imitación. Entonces se le añade uno o dos golpes más y el grupo lo realizan de nuevo. Se va complicando la estructura poco a poco, siempre teniendo en cuenta las características del grupo, si se observa que alguna estructura les ha resultado compleja volvemos a pedirles que imiten el ritmo

anterior que es más sencillo, para recuperar la sensación de control y seguridad, repitiendo así ritmos ya realizados o bien otros de similar dificultad.

Se puede llevar a cabo esta actividad con estructuras melódicas sencillas, siguiendo los mismos criterios, preferiblemente con la voz.

c. “Nos saludamos”

Al inicio de la sesión se recuerdan los saludos que se inventaron el último día. A continuación caminamos por la sala desordenadamente y cada vez que nos encontremos con alguien nos saludamos usando los saludos que practicamos el último día. Al final del ejercicio recordamos aquellos que más nos han gustado.

d. “Bailamos”

Se seleccionan uno o varios temas que hayan sido elegidos por uno o varios miembros del grupo, para bailar al ritmo de la música.

e. “Nos relajamos”

Abrazados en círculo, vamos siguiendo el ritmo lento de una canción, preferiblemente instrumental, balanceándonos al compás.

Duración: 40 minutos.

Al terminar pedimos comentarios de los participantes, acerca de cómo se sintieron al imitar los diferentes sonidos expresados en cada sesión.

Sesión 4

"Explorar los instrumentos"

De forma verbal y con música de fondo, sentados en círculo, explicamos muy brevemente qué actividades se van a desarrollar durante la sesión.

Objetivo:

- Desarrollar el sentido del tacto.

Materiales: instrumentos musicales, CD de música, una sala para realizar la actividad.



Tipo de música: música electrónica

Ejercicios:

- a. **"Hacemos aeróbicos"**

Nos situamos en círculo o repartidos por la sala, ya sea de pie o sentados. Les indicamos que han de prestar atención para imitar aquellos gestos que vamos a ir realizando. Cuando comience la música el monitor inicia un gesto corporal y lo repite hasta que considere que todos los participantes lo realizan y lo comprenden.

Sin detenerse, se cambia de gesto corporal y lo repite con el mismo criterio y así sucesivamente, hasta que estime que debe reducir la velocidad de la música, la intensidad de los movimientos o cambiar de actividad.

Los gestos pueden ser muy variados. Por ejemplo, se pueden combinar palmas en distintas partes del cuerpo, balanceos con diferentes gestos, movimientos de brazos y manos con piernas y pies, etc. Y todos estos gestos pueden llevar implícitamente tipos de ritmos heterogéneos con sus correspondientes acentos realizados corporalmente.

b. “Soy instrumento II”

Se presentan varios instrumentos musicales: castañuelas, pandereta, flauta, palos de lluvia, pandero, tambor, triángulo, caja china, para que puedan explorarlos, tocarlos y escuchar su sonido. A continuación, cada uno coge un instrumento y todos juntos, tratamos de marcar el pulso de una canción. Nos cercioramos de que todos los miembros del grupo, han explorado todos los instrumentos y escuchado sus sonidos.

c. “Bailamos”

Se elige uno o más temas de la música favorita de otro/s de los miembros del grupo, se seleccionan uno o varios temas para terminar la sesión bailando al ritmo de la música.

d. “Nos Relajamos”

Para terminar la sesión, realizamos una breve relajación. Tumbados en las colchonetas vamos tensando y relajando los músculos de cada una de las partes del cuerpo, empezando desde los pies siguiendo por todo el cuerpo hasta la cabeza poco a poco. Dado que es un ejercicio complicado para algunos, lo realizamos muy despacio y prestándoles un apoyo lo más individualizado posible.

Duración: 40 minutos.

Al terminar pedimos comentarios de los participantes, acerca de cómo se sintieron al realizar los ejercicios de acuerdo a la música.

Sesión 5

"Somos ritmo"

De forma verbal y con música de fondo, sentados en círculo, explicamos muy brevemente qué actividades se van a desarrollar durante la sesión.

Objetivo:

- Desarrollar la expresión sonora y musical.

Materiales: CD de música, una sala para realizar la actividad.



Tipo de música: tropical

Ejercicios:

a. "Hacemos música con nuestro cuerpo"

Se divide a los participantes en dos grupos y se les explica que van a participar haciendo música con su cuerpo. Para ello, ponemos una música a un volumen muy bajo, y cada grupo acompaña una frase musical completa (cinco o diez segundos) con percusiones corporales: palmas, chasquidos, palmas en las rodillas, pisadas, golpes en el pecho, etc. Apoyamos a los usuarios con más dificultades a realizar los distintos sonidos corporales, guiando las partes implicadas de su cuerpo.

Se establece el orden de los grupos y, cuando haya silencio y estén prepara dos comienza la actividad.

Al concluir una frase musical, comienza un nuevo grupo y se detiene el anterior, con la ayuda de la indicación gestual.

Pueden realizarse variantes, como que alguno/s de los miembros del grupo puedan experimentar la dirección de los diferentes grupos rítmicos, poniendo especial atención a los momentos de cambio de grupo. Por otra parte, si

queremos trabajar con un único grupo amplio, podemos restringir las percusiones a chasquidos, golpes de dedos o media palma, etc. para evitar el exceso de volumen sonoro.

Conviene que la música seleccionada tenga una velocidad asequible para aquellos que más les cueste anticipar y coordinar sus movimientos. Asimismo, podemos emplear música que ya conocen y les guste o aprovechar para que vayan descubriendo otros estilos musicales que queramos enseñarles.

b. “Repetimos los golpecitos”

Pedimos a los participantes que escuchen y que repitan con las palmas estructuras sencillas que les vamos proponiendo. Comenzamos por un único golpe y esperamos a que lo repitan todos. Después dos, tres... incrementando el número de golpes y combinando distintos valores que se deseen trabajar: blancas, negras, corcheas, tresillos, silencios, etc. Se puede trabajar el contraste entre fuerte y suave, a la vez que imitan. Igualmente, podemos jugar con los contrastes entre sonido y silencio. Para que sea más sugerente, podemos encuadrar la actividad en una historia. Por ejemplo, un jefe de una tribu es mudo y habla a su pueblo con un tamtam. Todos le contestan a la vez con su mismo mensaje.

c. “Somos una orquesta”

Se explica al grupo que van a poder tocar como si fueran una orquesta, pero sin tener tiempo para ensayar. Les invitamos a elegir un instrumento. Y sin darles tiempo para los preparativos. Pueden ser improvisaciones libres o no estructuradas, es decir, sin consignas.

Van orientadas a retroalimentar la expresión y la recepción de cada usuario y del grupo en su conjunto, a modo de juego exploratorio y de consolidación de destrezas.

También pueden ser improvisaciones semi estructuradas, aquellas guiadas por una consigna verbal, por ejemplo: “El título de la composición es: La llegada de un nuevo atardecer”.

Despedida: Les explicamos que ésta es la última sesión de musicoterapia, y que nos gustaría recordar con ellos, que es lo que se ha hecho durante las mismas, de forma general, realizándoles las siguientes preguntas: ¿Qué actividades les han gustado más? ¿Por qué?, ¿Qué han aprendido de todas las sesiones realizadas?

Duración: 30 minutos.

Bibliografía

- ✓ Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica, En Ecuador por lo menos cinco de cada diez personas adultas presentan sobrepeso, Redacción el 25/06/2013, <http://webcache.googleusercontent.com>, Fecha de consulta 27/05/2013.
- ✓ ALABART Eduardo y otros, Revista Médica Universitaria Facultad de Ciencias Médicas- UNCuyo, Vol. 5 -N^a 1- Marzo 2009, <http://webcache.googleusercontent.com>, Fecha de consulta 27/05/2013.
- ✓ AZNAR Tomás y otros, Revista Española de Salud Pública, Universidad de Zaragoza, Volumen 76 N^o 3, Junio 2012, <http://scielo.isciii.es>, Fecha de consulta 15-04-2014.
- ✓ Declaración Universal de los Derechos Humanos, «Artículo 16. 3», Asamblea General de las Naciones Unidas 1948, pág. 2, http://eprints.ucm.es/POLITICAS_FAMILIARES_CARMEN_MIGUEL.pdf, Fecha Consulta 27/05/2013.
- ✓ FARRERAS Rozman, Medicina Interna, Décimoquinta Edición, Madrid, 2010, págs. 588 y 589, 596 y 597.
- ✓ GARAY María, Instituto de Investigaciones Médicas, Universidad de Guanajuato, Volumen 1, http://concyteg.gob._MUNDO_EMOCIONAL_PACIENTE_DIABETICO.pdf, Fecha de consulta 15-04-2014.
- ✓ GUTIÉRREZ Gastón, Análisis psicosocial del Sujeto Social, Universidad del Mar Escuela de Trabajo Social, Redactado 28/06/2009, <http://www.monografias.com>, fecha de consulta 14/07/2013.
- ✓ LEMACHE Arvoleda Katy Alexandra, Salud Mental y patrones Alimentarios en el grupo de Diabéticos del Hospital de Motupe, Tesis, 2013, fecha de consulta 12/10/2013.
- ✓ MARTÍNEZ Gómez Cristóbal, Salud Familiar, Primera Edición, Editorial Científico Técnica, La Habana, 2011, págs. 20 a la 26; 118 a la 122.

- ✓ PAULING Linus y otros, Revista The Lancet, Universidad de Boston, EE.UU (Miami), <http://www.saludpr.com>, Fecha de consulta 12/08/2013.
- ✓ Periódico La Hora, Calvas registra alto índice de enfermedades crónicas, Redactado 30/08/2013, <http://webcache.googleusercontent.com>, Fecha de consulta 27/05/2013.
- ✓ SINCHE Gutierrez Numan Alfredo, Mejoramiento de la calidad de atención para prevenir y/o disminuir las complicaciones en pacientes diabéticos atendidos en el hospital de brigada No 7 “Loja” 2011-2012, Tesis de Grado, pág. 6, <http://dspace.utpl.edu.ec/pdf>, Fecha de consulta 24/10/2013.
- ✓ WALES Jimmy, Fundación Wikipedia, Alimentación, <https://es.wikipedia.org>, Fecha de Consulta 27/05/2013.

ANEXOS

ANEXO 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____ portador/a de la Cédula de Identidad N° _____ firmando abajo y habiendo recibido todas las informaciones en relación con la utilización y destino de la información suministrada para el proyecto de investigación titulado “ABANDONO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL CLUB “JUNTOS POR LA VIDA” DEL HOSPITAL DE MOTUPE, consciente y conocedor de mis derechos abajo relacionados **ESTOY DE ACUERDO** en participar de la mencionada investigación.

1. Se le garantiza al participante recibir respuestas a cualquier pregunta o aclaración de cualquier duda acerca de los objetivos, beneficios y otros aspectos relacionados con la investigación en la cual está participando.
2. Se le asegura plenamente que no será identificado y que se mantendrá el carácter confidencial de la información relacionada con sus declaraciones sin que éstas ocasionen algún perjuicio en su vida personal.
3. Se asegura a los participantes que las fotografías que se tomen y grabaciones de video que se harán durante las diferentes sesiones del programa, serán solamente del conocimiento y utilización de la investigadora con fines académicos.

Tengo conocimiento de lo expuesto anteriormente y deseo participar de **MANERA VOLUNTARIA** en el desarrollo de ésta investigación.

Loja, ____ de _____ del 2013

.....
Firma del Participante

.....
Firma de la Investigadora



ANEXO 2
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA

Encuesta dirigida a la familia de pacientes diabéticos e hipertensos del grupo “Juntos por la Vida” del Hospital Universitario de Motupe.

Reciba un cordial saludo a nombre de la Carrera de Enfermería, Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja y de manera respetuosa nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración llenando esta encuesta, cuya finalidad es recopilar información sobre la relación que mantiene el o la paciente con su familia para su tratamiento y cuidado. De antemano le agradezco por su colaboración. Recuerde que los datos obtenidos en la presente investigación son de absoluta confidencialidad.

Marque con una x la respuesta que Ud. crea correcta.

1- ¿Qué relación tiene usted con su familiar enfermo?

.....

2- ¿Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan?

SI No

3- ¿Se distribuyen las tareas de la casa, de forma que nadie este sobrecargado?

SI NO

4- ¿Las manifestaciones de cariño forman parte de su vida cotidiana, en especial a su familiar que está enfermo?

SI NO

5- ¿En su familia, todos comen juntos y a la hora puntual las tres comidas (desayuno, almuerzo y merienda)?

SI NO

6- ¿Ha investigado acerca de la enfermedad que tiene su madre, padre, hermana (o)?

SI NO

11. ¿Conoce que enfermedad tiene su familiar?

SI NO

Especifique.....

12. ¿Usted apoya a su familiar que está enfermo en su tratamiento?

SI NO

De qué manera.....

13. ¿Usted colabora en la preparación de alimentos para su familiar que está enfermo?

SI NO

Fecha:

.....

FIRMA DE LA INVESTIGADORA

Mayra Paccha

Gracias por su colaboración



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA

Encuesta dirigida a los pacientes diabéticos e hipertensos del grupo “Juntos por la Vida” del Hospital Universitario de Motupe.

Con un cordial saludo a nombre de la Carrera de Enfermería, Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, nos dirigimos a usted de la manera más respetuosa, para solicitarle su colaboración en esta encuesta, cuya finalidad es recopilar información para mi investigación, con el objetivo de saber cómo es la relación que mantiene con su familia, de antemano le agradezco por su colaboración. Recuerde los datos obtenidos serán de absoluta confidencialidad.

Marque con una X la respuesta que Ud. considere la adecuada.

1. ¿Le satisface cómo su familia acepta y apoya su enfermedad?

SI NO

2. ¿Le satisface cómo su familia expresa afectos de cariño y amor, hacia usted?

SI NO

3. ¿Le satisface cómo comparte su familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa, dinero?

SI NO

4. ¿Para sus citas médicas le acompañan algún miembro de su familia?

SI NO

5. ¿Usted prepara sus alimentos, come sola?

SI Indique las razones:

NO

6. ¿Fracciona su dieta en 5 tomas al día?

SI

NO Indique por qué?

7. ¿En su familia, su comida es preparada de forma separada?

SI

NO Por qué?

8. ¿Con qué frecuencia consumo los siguientes alimentos?

Alimentos	Diario	2 veces por semana	3 veces por semana	Casi siempre	Nunca
Lácteos (leche y yogurt)					
Queso					
Carnes					
Pescado					
Verduras y hortalizas					
Tubérculos					
Cereales y derivados					
Granos secos y tiernos					
Grasas					
Azúcares					

9. ¿Cuáles son sus preferencias alimentarias?

.....
.....
.....

Fecha:

.....

FIRMA DE LA INVESTIGADORA

Mayra Paccha

Gracias por su colaboración



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA

Recordatorio de 24 horas

Desayuno	½ mañana	Almuerzo	½ tarde	Merienda

Fecha:

.....

FIRMA DE LA INVESTIGADORA

Mayra Paccha

Gracias por su colaboración



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA

ESCALA PSICOAFECTIVA (CITED)

La escala psicoafectiva fue desarrollada por el Centro Ibero-latinoamericano de la Tercera Edad (CITED)

Objetivo: Constatar los estados emocionales vivenciados por los adultos mayores.

ITEMS	Siempre	A veces	Nunca
1. ¿Se siente usted deprimido, triste, melancólico o angustiado?			
2. ¿Siente que su vida está vacía?			
3. ¿Padece usted de trastornos de sueño?			
4. ¿Ha pensado alguna vez quitarse la vida?			
5. ¿Se siente alterado o nervioso por asuntos sin importancias?			
6. ¿Se siente sin confianza o inseguro de sí mismo?			
7. ¿Se disgusta o irrita con facilidad?			

Calificación: Máximo 12 puntos.

Escala: Sin alteración afectiva: de 0 a 3.

Con alteración afectiva: de 4 a 12

De la pregunta 1 a la 5 se le otorga: 2 puntos a siempre, 1 punto a veces y 0 puntos a nunca.

La pregunta 6 y 7 se le otorga: 1 punto a siempre, 0.5 a veces y 0 puntos a nunca.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Escoja la respuesta e indique exactamente como se ha sentido usted en la última semana.

Pregunta a realizar	Sí	No
¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
¿Siente que su vida está vacía?		
¿Se encuentra a menudo aburrido?		
¿Tiene esperanza en el futuro?		
¿Sufre molestias por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?		
¿Tiene a menudo buen ánimo?		
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?		
¿Se siente feliz muchas veces?		
¿Se siente a menudo abandonado?		
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?		
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?		
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?		
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
¿Piensa que es maravilloso vivir?		
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?		
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?		
¿Está muy preocupado por el pasado?		
¿Encuentra la vida muy estimulante?		
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
¿Se siente lleno de energía?		

¿Siente que su situación es desesperada?		
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?		
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
¿Tiene problemas para concentrarse?		
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?		
¿Prefiere evitar reuniones sociales?		
¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?		

Valoración global.

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-10: Normal

11-14: Depresión moderada

>14: Depresión grave

ANEXO 3 RESULTADOS DE LAS ESCALAS

Escala Psicoafectiva (CITED)

¿Se siente usted deprimido, triste, melancólico o angustiado?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	18	36%
A VECES	30	60%
NUNCA	2	4%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala Psico-afectiva (CITED)

Autora: Mayra Paccha

El 60% de los pacientes a veces se siente deprimidos, tristes y melancólicos, por pasar mucho tiempo solos; en tanto que el 36% de los pacientes experimentan sentimientos de depresión y tristeza, debido a que no tienen con quien dialogar en su casa por tal razón acuden a las reuniones del club para encontrarse con sus amigas; y el 4% de los pacientes nunca han experimentado estos sentimientos.

¿Siente que su vida está vacía?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	12	24%
A VECES	16	32%
NUNCA	22	44%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala Psico-afectiva (CITED)

Autora: Mayra Paccha

El 44% de los pacientes nunca han experimentado sentimientos de vacío en su vida, manifestando **que a pesar de que no comporten el tiempo suficiente con su familia, Dios el Todopoderoso siempre les acompaña**; el 32% de los pacientes en cambio sí han sentido a veces que su vida está vacía, debido a que la mayor parte del día pasan solos y no tienen con quien dialogar; y el 24% de los pacientes siempre sienten que su vida está vacía, porque tienen mucha pena por

su familia ya que no comparten diariamente con ellos, ya que viven lejos de su casa.

¿Padece usted de trastornos de sueño?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	5	10%
A VECES	35	70%
NUNCA	10	20%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala Psico-afectiva (CITED)

Autora: Mayra Paccha

El 70% de los pacientes manifiestan padecer de trastornos de sueño en varias ocasiones, por preocupaciones de la familia; el 20% nunca ha padecido este tipo de trastornos; y el 10% de los pacientes reportan que siempre han tenido trastornos de sueño, por experimentar sensibilidad.

¿Ha pensado alguna vez quitarse la vida?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	0	0%
A VECES	13	26%
NUNCA	37	74%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala Psico-afectiva (CITED)

Autora: Mayra Paccha

El 74% de los pacientes nunca han pensado en quitarse la vida, manifiestan que **por más dura que ha sido la vida para ellos siempre han aprendido a valorarla y que a pesar de todo sólo Dios nos puede quitar la existencia a un ser humano y nadie más**; en cambio el 26% de los pacientes a veces si han pensado en quitarse la vida e **incluso le han pedido al Todopoderoso que les recoja de este mundo porque mucho sufren y no quieren ser una carga y gasto para su familia.**

¿Se siente alterado o nervioso por asuntos sin importancias?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	16	32%
A VECES	27	54%
NUNCA	7	14%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala Psico-afectiva (CITED)

Autora: Mayra Paccha

El 54% de los pacientes a veces se han sentido alterados y nerviosos por asuntos sin importancia, debido a que algunas veces no pueden controlar la situación; el 32% de los pacientes refieren que siempre se han sentido alterados y nerviosos por pequeñas cosas, desde el momento que se enteraron de su enfermedad, manifestando que ello representaba que iban a morir; y el 14% de los pacientes nunca se han alterado por cosas sin importancia aduciendo que la vida se debe disfrutar.

¿Se siente sin confianza o inseguro de sí mismo?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	10	20%
A VECES	19	38%
NUNCA	21	42%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala Psico-afectiva (CITED)

Autora: Mayra Paccha

El 42% de los pacientes nunca han sentido inseguridad de sí mismos; mientras que el 38% a veces se sienten inseguros, debido a que tienen temor a equivocarse; y en cambio el 20% de los pacientes siempre se sienten inseguros de ellos mismo y no se tienen confianza, porque sienten que son incapaces por su enfermedad de realizar tareas, es decir se sienten inferiores a los demás.

¿Se disgusta o irrita con facilidad?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	24	48%
A VECES	23	46%
NUNCA	3	6%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala Psico-afectiva (CITED)

Autora: Mayra Paccha

El 48% de los pacientes manifiestan siempre irritarse o disgustarse con facilidad, aduciendo que **siempre ha sido así su carácter**; mientras que el 46% a veces se disgustan, manifiestan que **cuando hay razón ellos se enojan con facilidad**; y en cambio el 6% nunca se han disgustado, ellos prefieren evitar, salir huyendo del lugar donde se ocasionó el disgusto.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

¿Está básicamente satisfecho con su vida?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	40	80%
NO	10	20%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage
Autora: Mayra Paccha

El 80% de los pacientes están satisfechos con su vida, argumentando **que a pesar de su enfermedad y por diversas dificultades que han pasado, ellos se sienten felices de seguir luchando por su vida**; mientras que el 20% de los pacientes no están satisfechos con su vida, manifestando que a pesar de haberse cuidado en su alimentación han adquirido diabetes e hipertensión y además después de haber sufrido con su familia, tienen que sobrellevar su enfermedad día a día, **para ellos les parece injusta la vida.**

¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	39	78%
NO	11	22%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage
Autora: Mayra Paccha

El 78% de los pacientes han renunciado a sus actividades, refieren no tener la misma fuerza y energía para continuar haciendo sus labores que anteriormente lo hacían; mientras que el 22% de los pacientes pese a su enfermedad y a la edad no han renunciado a sus actividades, manifestando que al estar entretenidos en otras actividades se olvidan de sus preocupaciones y problemas.

¿Siente que su vida está vacía?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	34%
NO	33	66%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 66% de los pacientes sienten que su vida está vacía, **manifiestan que a su edad y con su enfermedad nadie les toma en cuenta**, aduciendo que se sienten incapaces de realizar tareas; mientras que el 34% de los pacientes como a diario están conviviendo con su familia se sienten apreciados, ellos mencionan que primero debe valorarse uno mismo.

¿Se encuentra a menudo aburrido?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	24	48%
NO	26	52%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 52% de los pacientes refieren sentirse aburridos, ya que mencionan que las múltiples tareas que tienen que cumplir en el hogar les sirve como un entretenimiento; en tanto que el 48% de los pacientes restantes si se aburren por presentar actitudes de aislamiento y cansancio por la misma rutina de los todos los días.

¿Tiene esperanza en el futuro?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	20%
NO	40	80%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 80% de los pacientes no tienen esperanza en el futuro, manifiestan que han vivido su vida y que ya no tienen porque, ni por quien pensar en el futuro; en tanto que el 20% de los pacientes refieren si tener esperanza en el futuro, aduciendo **que a pesar de todo la vida les sigue dando una segunda oportunidad, y que lo van a vivir al máximo.**

¿Sufre molestias por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	13	26%
NO	37	74%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 74% de los pacientes no presenta molestias por pensamientos que no pueden sacárselos de la mente; mientras que el 26% si sufre por pensamientos de tipo rumiativo, debido que por problemas que tienen con su esposo e hijos todo el tiempo están pensando en ellos.

¿Tiene a menudo buen ánimo?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	22	44%
NO	28	56%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 56% de los pacientes no experimentan esa sensación de buen ánimo, manifestando que por su enfermedad se sienten deprimidos; mientras que el 44% restante presentan a menudo buen ánimo, expresando que al salir de sus hogares, les ayuda a conservar un buen humor y conjuntamente con los quehaceres domésticos que realizan a diario.

¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	27	54%
NO	23	46%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 54% de los pacientes manifiestan sentir miedo porque algo les está pasando, aduciendo que su enfermedad se puede complicar; en tanto que el 46% de los pacientes no experimentan miedo, expresando que ellos cumplen las normas terapéuticas establecidas para el control de la enfermedad.

¿Se siente feliz muchas veces?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	36	72%
NO	14	28%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 72% de los pacientes han experimentado estos sentimientos de felicidad en muchas ocasiones, aduciendo que se debe al apoyo de la familia, o por saber que sus niveles de glucosa están dentro de la normalidad; en tanto que el 28% de los pacientes manifiestan no sentirse felices, por cuanto hay preocupaciones que les impide estar tranquilos, y además no cuentan con el calor y apoyo de la familia en los momentos que más lo necesitan.

¿Se siente a menudo abandonado?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	50%
NO	25	50%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 50% de los pacientes han experimentado muchas veces esta sensación de abandonado, por cuanto sus hijos no se preocupan por ellos, no les visitan frecuentemente y viven solas en su casa; en tanto que el 50% restante de los pacientes expresan que no se han sentido abandonados porque cuentan con el apoyo del esposo y la protección de la familia en todo momento.

¿Está a menudo intranquilo e inquieto?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	38	76%
NO	12	24%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 76% de los pacientes mencionan que a menudo experimentan sensaciones de intranquilidad e inquietud, ya sea de manera especial cuando asisten a los chequeos médicos, y escuchar la evolución de la enfermedad o el valor de sus niveles de glucosa, también cuando algún miembro de su familia se encuentra lejos de su casa por temor a que algo malo le suceda; mientras que el 24% restante expresan no sentirse inquietos e intranquilos.

¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	20	40%
NO	30	60%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 60% de los pacientes prefieren salir de casa y hacer cosas nuevas, manifestando que al salir experimentan un ambiente nuevo y rompen con la rutina que viven a diario en sus casas, asumiendo que se relajan y se olvidan de su enfermedad; en tanto que el 40% de los pacientes prefieren quedarse en casa, porque su enfermedad les tiene con desánimos y sin fuerzas para hacer cosas nuevas como fuente de placer.

¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	19	38%
NO	31	62%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 62% de los pacientes manifiestan no preocuparse por el futuro en una forma frecuente, aduciendo que solo quieren vivir el presente, el día a día sin pensar en el mañana; mientras el 38% de los pacientes si muestran preocupación por su futuro al desconocer el desenlace de su enfermedad, en el caso de que se presentará alguna complicación que altere por completo su estilo de vida.

¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	12	24%
NO	38	76%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 76% de los pacientes refieren no tener problemas de memoria como sucede en la mayoría de la gente; y el 24% de los pacientes si tienen problemas de memoria, aduciendo que es una señal propia de la edad, relacionándose directamente con el estado de salud, al olvidarse de tomar su medicación o duplicar la dosis cuando asumen que aún no se les han tomado, alterando el metabolismo de la glucosa.

¿Piensa que es maravilloso vivir?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	45	90%
NO	5	10%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 90% de los pacientes piensan que es maravilloso vivir, que a pesar de todos los conflictos que han pasado cada uno de ellos, ha sido una experiencia más en su vida personal; en tanto que el 10% de los pacientes piensan que no es maravilloso vivir cuando una persona está enferma como es el caso de ellos, mencionan que no pueden disfrutar de la vida cuando tienen una enfermedad que marca la vida completamente, manifestando que para ellos **la vida no tienen sentido y ya no tienen fuerzas para soportar tanto sufrimiento.**

¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	24	48%
NO	26	52%
TOTAL	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 52% de los pacientes refieren no experimentar a menudo estos sentimientos de desánimo y melancolía; mientras que el 48% de los pacientes expresan sentirse desanimados y melancólicos frecuentemente, formando parte de sus vidas desde el momento en que apareció la enfermedad, sumado al rechazo que tienen que soportar de parte de sus familiares quienes les abruma de emociones negativas alterando el metabolismo de la glucosa.

¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?

Items	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	24%
No	38	76%
Total	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 76 % de los pacientes manifiestan no sentirse inútiles en el medio en el que viven, aduciendo que todas las actividades que realizan es para el beneficio de ellos y de su familia; mientras que el 24% de los pacientes refieren sentirse inútiles indicando que todas actividades que antes lo hacían ahora ya no pueden hacerlo y que por su enfermedad han tenido que renunciar a muchas actividades para evitar complicaciones sintiéndose mal por no poder ayudar a su familia.

¿Está muy preocupado por el pasado?

Items	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	20%
No	40	80%
Total	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 80% de los pacientes no se preocupan por el pasado, por lo que dicen que ya no hay como hacer nada, pero lo que si podemos cambiar es nuestro presente; y en cambio el 20% de los pacientes manifiestan sentir preocupación por el pasado, porque dicen que todo lo que hicieron en esa época pudo repercutir en su vida futura, y hoy se nota una significativa alteración en su psico-afectividad que lleva consigo cambios en el metabolismo de la glucosa.

¿Encuentra la vida muy estimulante?

Items	Frecuencia	Porcentaje
Si	31	62%
No	19	38%
Total	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 62% de los pacientes encuentra que la vida es muy estimulante, manifestando que todos los sacrificios que han hecho, ahora les están siendo recompensados; en tanto que el 38% de los pacientes no encuentran a la vida estimulante, porque han tenido que convivir con su enfermedad, enfrentar muchas complicaciones y sufrimientos que hacen que su existencia tome un matiz tedioso e insoportable de vivir.

¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?

Items	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	72%
No	14	28%
Total	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

Al 72% de los pacientes les resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos, manifestando que ellos ya cumplieron con su proyecto de vida y que ahora prefieren descansar, además ya no cuentan con lucidez mental como cuando eran jóvenes y llenos de vida; mientras que el 28% de los pacientes mencionan que para ellos no les es difícil poner en marcha nuevos proyectos, ya que aún está presente la creatividad e innovación para ofrecer un mundo sólido a sus hijos, siendo ellos quienes les impulsan a salir adelante venciendo todos los sabores de la vida.

¿Se siente lleno de energía?

Items	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	30%
No	35	70%
Total	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 70% de los pacientes no se sienten llenos de energía, debido al paso de los años y el convivir con su enfermedad, ha sido los determinantes para haber perdido fuerzas para realizar muchas de las actividades que lo hacían anteriormente; mientras que un 30% de las pacientes se sienten con energía y vitalidad para continuar sobrellevando su enfermedad y no dejarse vencer por la misma.

¿Siente que su situación es desesperada?

Items	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	26%
No	37	74%
Total	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 74% de los pacientes refiere que su situación no es desesperante, aduciendo que ellos ya han aceptado su enfermedad, y que ésta no es un obstáculo para llevar su vida de la manera más gratificante; mientras que el 26 % de las pacientes manifiestan sentirse desesperadas por el deterioro físico de su organismo y complicaciones propias de la enfermedad, ya que les hacen sentir incapaces de valerse por sí mismos e inútiles esperando de la ayuda de sus familiares, acrecentando su dependencia en el círculo familiar.

¿Cree que mucha gente está mejor que usted?

Items	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	14%
No	43	86%
Total	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 86% de los pacientes consideran que con la ayuda de Dios aún se sienten tranquilos y con fuerzas para poder sobrellevar su enfermedad, valerse por sí mismos y no tener que depender de cuidado de otras personas; en tanto que el 14% restante manifiesta que si hay mucha gente que se encuentra en mejores condiciones que ellos, con enfermedades que no les incapacitan de hacer las cosas y valerse por sí mismas y que sus familiares no les ignoran o les rechazan.

¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?

Items	Frecuencia	Porcentaje
Si	31	62%
No	19	38%
Total	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 62% de los pacientes se preocupan por pequeñas cosas, mencionan que por más pequeñas que sean a ellos los intranquiliza e inquieta cualquier noticia mala, rondando en su mente hasta encontrar una solución al problema, alterándose el metabolismo de la glucosa; mientras que un 38% de los pacientes no se preocupan por pequeñas cosas, aduciendo que prefieren realizar otras actividades para evitar estas preocupaciones sin importancia, que son situaciones pasajeras y que no afectan su calidad de vida, afirmando **que todo tiene solución menos la muerte.**

¿Frecuentemente siente ganas de llorar?

Items	Frecuencia	Porcentaje
Si	43	86%
No	7	14%
Total	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 86% de los pacientes manifiestan que frecuentemente sienten deseos de llorar, en especial cuando están solos, como una vía de escape a su dolor, surgiendo estos comportamientos como respuesta a la falta de muestras de cariño y aprecio en sus familiares; mientras que un 14% refieren no sentir frecuentemente este deseo de llorar, ellos prefieren mantenerse ocupadas todo el día haciendo actividades que les son de su agrado para olvidarse de los motivos que les llevó a tener esta emoción.

¿Tiene problemas para concentrarse?

Items	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	32%
No	34	68%
Total	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 68% de los pacientes no tiene problemas para concentrarse; mientras que el 32% si tiene problemas para concentrarse, haciendo a la vez varias cosas y desconocer el resultado de los mismos, **manifestando que la mente se les pone en blanco y se olvidan lo que están realizando, o pierden el hilo de la conversación**, situación que se torna normal a causa de un déficit en los neurotransmisores como la dopamina.

¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?

Items	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	80%
No	10	20%
Total	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 80% de los pacientes se sienten con buen ánimo al levantarse, **se sienten apaciguados y desvanecidos de sus problemas que les aquejan** y que son causantes de su malestar; mientras que el 20% de los pacientes refieren no sentir buen ánimo al levantarse, porque se encuentran alterados sus patrones de sueño y las condiciones climáticas, también influyen en su estado de salud aumentado el dolor de las articulaciones, situaciones que les impide moverse libremente.

¿Prefiere evitar reuniones sociales?

Items	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	44%
No	28	56%
Total	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 56% de los pacientes prefieren salir a reuniones sociales para distraerse y olvidar sus problemas; mientras que un 44% de los pacientes prefieren evitar las reuniones sociales, manifestando que no quieren quedar mal al no apreciar la comida que les brindan y tampoco recibir lastimas por parte de los amigos y allegados.

¿Es fácil para usted tomar decisiones?

Items	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	44%
No	28	56%
Total	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 56% de los pacientes no les resulta fácil tomar decisiones, por cuanto ya no tienen esa misma lucidez mental como cuando eran jóvenes y además no son importantes en el círculo familiar como para tomar una decisión y hacerla respetar; en tanto que el 44% de las pacientes toman decisiones por sí solas, en beneficio propio y también de su familia.

¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?

Items	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	64%
No	18	36%
Total	50	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Autora: Mayra Paccha

El 64% de los pacientes tienen su mente clara como siempre lo acostumbraban a estar; mientras que el 36% de los pacientes no tienen su mente clara como antes, manifiestan que en muchas ocasiones se presentan lagunas mentales y les cuesta mucho trabajo recordar lo que estaban haciendo, situación muy normal en el paciente diabético por una disminución de la sustancia blanca en el cerebro.

ANEXO 4

FOTOS



Club de Diabéticos e Hipertensos “Juntos por la Vida” del Hospital de Motupe



Participación en juegos recreativos



Participación de bailo-terapia



Realización de visitas domiciliarias



Aplicación de encuestas a los integrantes del club



Aplicación de encuestas a las familias de los integrantes

INDICE

CERTIFICACIÓN	II
AUTORÍA	III
AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	VII
CARTA DE AUTORIZACIÓN	VI
ESQUEMA DE CONTENIDOS	VIII
TEMA	9
RESUMEN	10
SUMMARY	11
INTRODUCCIÓN	12
OBJETIVOS	14
REVISIÓN DE LITERATURA	15
MATERIALES Y MÉTODOS	32
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	34
Tabla N° 01	35
Tabla N° 02	36
Tabla N° 03	37
Tabla N° 04	38
Tabla N° 05	39
Tabla N° 06	40
Tabla N° 07	41
DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46

PROGRAMA EDUCATIVO	47
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	68
INDICE	100