



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA DE POSTGRADO  
“DR. JOSÉ APOLO PINEDA”**

**TEMA:**

Epidemiología de la Salud Mental de Pacientes con  
Enfermedades Catastróficas atendidas en el Hospital Verdi  
Cevallos. Portoviejo. Periodo. 2010-2011

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA  
OPTAR POR EL GRADO DE MAGÍSTER EN  
EPIDEMIOLOGÍA**

**Autora:**

Psic. Clin. Mariela García Vera

**Tutor**

Dr. Jhonny Merchán Quiñonez.MSc.

**Guayaquil- Ecuador**

**2016**



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA DE POSTGRADO  
“DR. JOSÉ APOLO PINEDA”**

**TEMA:**

Epidemiología de la Salud Mental de Pacientes con  
Enfermedades Catastróficas atendidas en el Hospital Verdi  
Cevallos. Portoviejo. Periodo. 2010-2011

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA  
OPTAR POR EL GRADO DE MAGÍSTER EN  
EPIDEMIOLOGÍA**

**Autora:**

Psic. Clin. Mariela García Vera

**Tutor**

Dr. Jhonny Merchán Quiñonez.MSc.

**Guayaquil- Ecuador**

**2016**



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA**  
**APROBACIÓN DEL TRIBUNAL**

Esta tesis cuya autoría corresponde a la señora Psicóloga Clínica Mariela Tatiana García Vera ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente ante el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Universidad de Guayaquil, como requisito para optar el Grado de MAGISTER EN EPIDEMIOLOGIA

**DR. MARIO ORTÍZ SANMARTÍN**  
**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

**DR. MARCO RUÍZ PACHECO**  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**DRA. ELISA LLANOS RODRIGUEZ**  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**ABG. MERCEDES MORALES**  
**SECRETARIA**  
**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA**

## **CERTIFICACION DEL TUTOR**

En mi calidad de tutor del trabajo de investigación de tesis para optar por el título de Magister en epidemiología de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

Certifico que: he dirigido y revisado la tesis de grado presentada por el **Psic. Clin. Mariela García Vera** cuyo tema es:

**EPIDEMIOLOGIA DE LA SALUD MENTAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CATASTROFICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS. PORTOVIEJO. PERIODO. 2010-2011**

Dr. Jhonny Merchán Quiñonez.MSc.

**Tutor**

# CERTIFICACIÓN DEL GRAMATÓLOGO

Dr. Juan Saltos Cantos, Mg Gerencia Educativa y Educación y Desarrollo

## CERTIFICA:

Que la tesis de Grado titulada “**EPIDEMIOLOGIA DE LA SALUD MENTAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CATASTROFICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS. PORTOVIEJO. PERIODO. 2010-2011**”, de la estudiante Mariela García Vera, de la Escuela de Postgrado, ha sido revisado profundamente en su contenido científico y gramatical, por lo que se ha hecho las sugerencias necesarias.

Portoviejo, Noviembre de 2015

---

Dr. Juan Saltos Cantos Mg. Ge.  
C.C 1301218226

## **AUTORÍA**

Los contenidos, ideas, pensamientos, opiniones, interpretaciones, conclusiones y recomendaciones, así como la información obtenida en este trabajo de investigación titulado, **EPIDEMIOLOGIA DE LA SALUD MENTAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CATASTROFICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS. PORTOVIEJO. PERIODO. 2010-2011**

Son de exclusiva responsabilidad del autor, bajo la supervisión del Tutor de tesis. Dr. Jhonny Merchán Quiñonez.MSc.

Atentamente.

Psic. Clin. Mariela García Vera

## **DEDICATORIA**

La presente tesis la dedico especialmente a mi madre , a mis hijos, a mi esposo, mi familia y a todos aquellos docentes que supieron formar en mí una profesional que tenga los conocimientos necesarios para enfrentar el trabajo cotidiano que he realizado durante estos años de mi vida, a mi querida facultad de Psicología de la Universidad de Guayaquil, a la institución a la que me debo y a los actuales Directivos de la Zonal 4 del Ministerio de Salud Pública que me ha brindado mucha experiencia y capacitación constante, esos conocimientos invaluable que me dieron mis pacientes en estos años que he luchado junto a ellos para mejorar la atención en salud mental de mi querida provincia en donde actualmente trabajo y resido junto a mi entrañable familia Manabí.

La autora

## **AGRADECIMIENTO**

Esta investigación realizada con gran esfuerzo y mucha dedicación se la dedico especialmente a mi esposo, te agradezco el compartir conmigo mis éxitos y fracasos el permanecer junto a mí, el estar presente en cada momento que te necesito, muchas gracias Amor mío.

Este presente trabajo va dedicado con el más sublime amor a mis hijos Camilo y Diego mis luceros que hacen cada día mi vida tan especial, que gracias a ellos sigo luchando por brindarles mejores días. Que mis enseñanzas sean el principio de un largo camino a seguir, que no se derroten, que luchen y disfruten día a día lo maravilloso que es la vida, mis grandes amores.

Quiero expresar mi gran devoción y amor a mi madre el ser más maravilloso que me dio la vida, a ti madre querida gracias por hacer de mí lo que hoy soy, gracias por ser una madre ejemplar. A mis hermanos para ustedes está dedicado, este nuevo éxito en mi vida, agradezco a Dios el haberme premiado con mi familia y mi hogar.

Agradezco a todos los docentes que impartieron sus conocimientos, experiencias, para que sus ideas se multipliquen, de esta forma aplicar en nuestro trabajo, a los compañeros de la maestría a nuestra coordinadora que con mucho esfuerzo y dedicación se hizo posible la culminación de los módulos de la maestría. A Estudios Universitarios por hacer posible que se den estas enseñanzas con tal alto nivel académico.

La autora

# INDICE GENERAL

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
Carátula	I
Contra Caratula	II
Aprobación	III
Certificado del Tutor	IV
Certificado Gramatólogo	V
Autoría	VI
Dedicatoria	VII
Agradecimiento	VIII
Índice General	IX-X-XI-XII
Indice de Cuadros	XIII
Índice de Gráficos	XIV
Repositorio	XV
Resumen	XVI
Abstract	XVII
Introducción	1
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>EL PROBLEMA</b>	
1.1Planteamiento del Problema.	2
1.2Descripción del Problema	3
1.3Formulación del Problema	4
1.4 Delimitación del Problema.	5
1.5 Preguntas de Investigación	5
1.6 Objetivos de investigación	6
1.6.1 Objetivo General	6
1.6.2 Objetivos Específicos	6
1.7Justificación de la Investigación	7

<b>1 MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes	9
2.2 Fundamentación teórica	16
2.2.1 Definición de Salud Mental	16
2.2.1.1 Características de una persona sana según la OMS	18
2.2.2 La Salud Mental desde la Psicología Modelo Conceptual de Warr	20
2.2.2.1 La Salud Mental como ausencia de síntomas	20
2.2.2.2 La Salud Mental como bienestar físico y emocional	21
2.2.2.3 La Salud Mental como presencia de Atributos Individuales	21
2.2.2.4 La edad adulta	23
2.2.2.5 Etapas según la Teoría o Modelo Motivacional de Huberman	24
2.2.2.6 Etapas según la Teoría del Modelo Clínico de Havighurts-Erikson y Maslow	26
2.2.3 Las Enfermedades Catastróficas	31
2.2.3.1 Definición	31
2.2.3.2 Significado de las Enfermedades Catastróficas	33
2.2.3.2 Presentan una curva de gasto diferente	34
2.2.4 Derechos Fundamentales de los Mayores Adultos Dentro del Estado Constitucional	36
2.2.4.1 Derechos que el Estado garantiza a los Adultos Mayores	38
2.2.4.2 De la Salud	39
2.2.4.3 Atención Hospitalaria a los Adultos Mayores	40
2.2.5 Enfermedades Catastróficas, Raras o Huérfanas según La Ley Orgánica de Salud del Ecuador	42
2.2.5.1 Enfermedades Catastróficas	43
2.2.5.2 Trastornos que presentan los pacientes con Enfermedades Catastróficas	44
2.2.5.3 Prevalencia de una Enfermedad Catastrófica	48
2.2.5.4 Factores de Riesgo de la Enfermedad Catastrófica	48

2.2.5.5 Utilización del Riesgo	50
2.2.6 Trastorno Depresivo	51
2.2.6.1 Cómo se desarrolla la Depresión en pacientes con Enfermedad Catastrófica	52
2.2.7 Factores de Riesgo para asociados a la Depresión en Pacientes con Enfermedades Catastróficas	53
2.2.7.1 Definición y Prevalencia de la Depresión en Pacientes Con Enfermedades Catastróficas	53
2.2.7.2 Síndrome de la Depresión	53
2.2.7.3 Tratamiento del Trastorno Depresivo	54
2.2.8 Factores de Riesgo de Ansiedad en los pacientes con Enfermedades Catastróficas.	55
2.2.8.1 La Ansiedad	55
2.2.8.2 Causas de la Ansiedad	55
2.2.8.3 La Ansiedad y los Trastornos del Sueño	56
2.2.8.4 Prevalencia de la Ansiedad y los Trastornos del Sueño de los Pacientes con Enfermedades Catastróficas En el mundo.	56
2.2.8.5 Prevalencia de la Ansiedad en los Pacientes con Enfermedades Catastróficas en Latinoamérica	56
2.3 Marco Conceptual	57
2.4 Marco Legal	58
2.5. Elaboración de Hipótesis	62
2.6 Variables de Investigación	62
2.6.1 Variable Independiente	62
2.6.2 Variable Dependiente	62
2.6.2 Variables Intervinientes	62
2.7 Operacionalización de las Variables	63

### **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

3.1 Tipo de Investigación	65
---------------------------	----

3.2	Diseño de la Investigación	65
3.3	Métodos de Investigación	65
3.4	Universo y Muestra	67
3.4.1	Universo	67
3.4.2	Muestra	67
3.5	Criterios de Inclusión y Exclusión	68
3.5.1	Criterios de Inclusión	68
3.5.2	Criterios de Exclusión	68
3.6	Recursos Empleados	68
3.6.1	Talento Humano	68
3.6.2	Recursos Materiales	68
4.	Análisis de Resultados	69
4.1	Discusión	80
5.	Propuesta	82
6.	Objetivos	83
7.	Justificación	83
6.	Conclusiones	88
7.	Recomendaciones	89
	Bibliografía	
	Anexos	

## INDICE DE CUADROS

<u>Contenido</u>	<u>Pág.</u>
<b>Tabla 1.</b> Lugar de residencia de los pacientes atendidos en el Hospital Verdi Cevallos. Durante el período 2010-2011	57
<b>Tabla 2.</b> Escolaridad de los pacientes con alteraciones de la salud mental como enfermedad catastrófica, atendidos en el Hospital Verdi Cevallos. Durante el período 2010-2011	58
<b>Tabla 3</b> Edad de los pacientes que presentan enfermedades catastróficas, atendidos en el Hospital Verdi Cevallos. Durante el período 2010-2011	59
<b>Tabla 4</b> Con qué frecuencia se atienden diariamente pacientes que presentan enfermedades catastróficas en el Hospital Verdi Cevallos Balda. Durante el período 2010-2011	61
<b>Tabla 5</b> Las enfermedades catastróficas que con mayor frecuencia presentaron los pacientes en el Hospital Verdi Cevallos Balda. Durante el período 2010-2011	62
<b>Tabla 6</b> Las manifestaciones psicológicas que presentan los pacientes atendidos con enfermedades catastróficas, atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda. Durante el período 2010-2011	64
<b>Tabla 7</b> Cuadro comparativo de la prevalencia de las enfermedades catastróficas. En el Hospital Verdi Cevallos Balda. Durante el período 2010– 2011 –	66

## INDICE DE GRÁFICOS

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
<b>Gráfico 1</b> Lugar de residencia de los pacientes atendidos en el Hospital Verdi Cevallos. Durante el período 2010-2011	57
<b>Gráfico 2</b> Escolaridad de los pacientes con alteraciones de la salud mental como enfermedad catastrófica, atendidos en el Hospital Verdi Cevallos. Durante el período 2010-2011	59
<b>Gráfico 3</b> Edad de los pacientes que presentan enfermedades catastróficas, atendidos en el Hospital Verdi Cevallos. Durante el período 2010-2011	60
<b>Gráfico 4</b> Con qué frecuencia se atienden diariamente pacientes que presentan enfermedades catastróficas en el Hospital Verdi Cevallos Balda. Durante el período 2010-2011	61
<b>Gráfico 5</b> Las enfermedades catastróficas que con mayor frecuencia presentaron los pacientes en el Hospital Verdi Cevallos Balda. Durante el período 2010-2011	63
<b>Gráfico 6</b> Las manifestaciones psicológicas que presentan los pacientes atendidos con enfermedades catastróficas, atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda. Durante el período 2010-2011	65
<b>Gráfico 7</b> Cuadro comparativo de la prevalencia de las enfermedades catastróficas. En el Hospital Verdi Cevallos Balda. Durante el período 2010– 2011 –	66



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO:

AUTOR/ ES: Psicóloga. Clínica. Mariela García Vera		REVISOR: Dr. Jhonny Merchán Quiñonez.MSc	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil		FACULTAD: Piloto de Odontología	
CARRERA: Magister en Epidemiología			
FECHA DE PUBLICACION:		N° de páginas: 102	
ÁREAS TEMÁTICAS: Epidemiología			
PALABRAS CLAVE: Enfermedades catastróficas, epidemiología, salud mental.			
RESUMEN: Las enfermedades catastróficas, están consideradas como verdaderas catástrofes, ya que son casi siempre incurables, necesitando siempre de atención médica, atención emocional dirigida no solo para el paciente, sino también para la familia; además, la parte económica es vital, ya que se necesita de muchos recursos para un verdadero tratamiento. <b>Objetivo</b> Determinar la epidemiología de la salud mental de pacientes con enfermedades catastróficas atendidas en el Hospital Verdi Cevallos. Portoviejo 2010- 2011. <b>Método:</b> Descriptivo y retrospectivo, de diseño no experimental <b>Resultados:</b> Del total de 9 pacientes estudiados la mayoría viven en la zona rural, tienen educación general básica, edad de prevalencia entre 20 y 55 años, la diabetes, las mal formaciones arteria venosas cerebrales son las enfermedades de mayor prevalencia, las manifestaciones psicológicas fueron la deambulacion errática, negativismo, depresión, agitación y agresividad. <b>Conclusiones:</b> Realizar campañas de concienciación acerca de las causas de las enfermedades catastróficas a los jóvenes como medida de prevención y la creación de un centro de atención especializado para este tipo de pacientes.			
N° De registro (en base de datos):		N° De clasificación:	
Dirección URL (tesis en la web):			
ADJUNTO PDF:	SI (X)	NO	
Contacto con autor/es:	Teléfono 052442328	E-mail tatigarv@hotmail.com	
Contacto en la Institución:	Nombre:	Teléfono: 0993028451	
	E. Mail:		

## RESUMEN

Las enfermedades catastróficas, están consideradas como verdaderas catástrofes, ya que son casi siempre incurables, necesitando siempre de atención médica, atención emocional dirigida no solo para el paciente, sino también para la familia; además, la parte económica es vital, ya que se necesita de muchos recursos para un verdadero tratamiento. En cuanto al ámbito social de estos pacientes se habla de salud mental comunitaria, la cual implica el desarrollo general de los aspectos psicosociales y conductuales, la percepción de la salud y la calidad de vida por parte de la población, la forma con que se cubren las necesidades básicas, y se aseguran los derechos humanos, y la atención de trastornos mentales. El universo de estudio fueron todos los pacientes atendidos durante el período 2010- 2011 siendo la muestra 9 pacientes. **Objetivo** Determinar la epidemiología de la salud mental de pacientes con enfermedades catastróficas atendidas en el Hospital Verdi Cevallos. Portoviejo 2010- 2011. **Método:** Descriptivo y retrospectivo, de diseño no experimental **Resultados:** Del total de 9 pacientes estudiados la mayoría viven en la zona rural, tienen educación general básica, edad de prevalencia entre 20 y 55 años, la diabetes, las mal formaciones arteria venosas cerebrales son las enfermedades de mayor prevalencia, las manifestaciones psicológicas fueron la deambulacion errática, negativismo, depresión, agitación y agresividad. **Conclusiones:** Realizar campañas de concienciación acerca de las causas de las enfermedades catastróficas a los jóvenes como medida de prevención y la creación de un centro de atención especializado para este tipo de pacientes.

**Palabras Claves:** Enfermedades catastróficas, epidemiología, salud

## ABSTRACT

Catastrophic illnesses, are considered real catastrophes, as they are almost always incurable, always in need of medical attention, emotional attention directed not only to the patient but also for the family; Moreover, the economic part is vital, and it takes a lot of resources for a real treat. On the social level of these patients speaking community mental health, which involves the overall development of psychosocial and behavioral aspects, the perception of health and quality of life of the population, the way with which they cover basic needs and human rights, and care of mental disorders are secured. The universe of study were all patients seen during the period 2010- 2011siendo sample 9 patients. o determine the epidemiology of mental health of patients with catastrophic illnesses treated at the Hospital Verdi Cevallos. Portoviejo 2010- 2011. Method: descriptive, retrospective, not experimental design Results: Of the 9 patients studied most live in rural areas, have basic education, age prevalence between 20 and 55 years, diabetes, poorly cerebral artery vein formations are the most prevalent diseases, psychological symptoms were erratic wandering, negativism, depression, agitation and aggressiveness. Conclusions: Develop awareness campaigns about the causes of the catastrophic young people as a preventive measure and the creation of a specialized center for this type of patient care diseases.

Keywords: catastrophic diseases, epidemiology, mental health

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene un objetivo intrínseco, seguramente los cientos de estudiantes de Psicología Clínica de la provincia que se están profesionalizando, tendrán la potestad de ejercer la presión que se requiera para que la realidad de las políticas de salud mental en Manabí mejoren. Esta realidad que vive nuestra provincia en los distintos centros de salud, no va a mejorar sino se aplica las recomendaciones planteadas en este trabajo en especial por la OPS, tampoco va a cambiar o mejorar su calidad de vida con la atención actual a los distintos pacientes con enfermedades consideradas estadísticamente epidemiológicas o catastróficas, seguramente se seguirá minimizando las estadísticas en salud mental a tal punto que resulta ilógico que una provincia de más de un millón de habitantes con un alto índice de patologías como el VIH /Sida, el cáncer, la diabetes, enfermedades degenerativas y catastróficas no requiera un incremento en el presupuesto de los distintos centros de salud de la provincia para contratar o realizar los debidos concursos, de merecimientos y oposición de Psicólogos/As Clínicos, Ese es el objetivo real de este trabajo, que se optimice los recursos humanos y físicos para que los estudiantes de las universidades que forman a estos profesionales tengan donde realizar las practicas pre-profesionales, pero asistidos por profesionales preparados técnicamente para dar atención a la salud mental de los distintos pacientes de estos centros, no se puede concebir que estos académicos realicen trabajos de investigación solo con la vigilancia del profesor.

Las experiencias extranjeras, en lo referente a la atención en salud mental de la población muestran un gran desarrollo, a tal punto que los mejores trabajos de investigación sobre el tema, se dan en las universidades de los grandes países desarrollados, sin desconocer que en la actualidad universidades como la Central,

la de Guayaquil, PUCE u otras, están graduando profesionales de alto nivel, con los conocimientos necesarios, como para manejar los distintos Departamentos de Salud Mental de las provincias del país, con conocimientos técnicos necesarios, para aplicarlos en los centros de salud privados o públicos, pero solo se lograra cuando las políticas de salud mental cambien, cuando los médicos comiencen a derivar a sus pacientes para ser atendidos por los Psicólogos Clínicos, sin necesidad que sea una obligación, al contrario, por empoderamiento del tema y de esta manera mejorar la atención.

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Siendo las enfermedades catastróficas consideradas de alta gravedad, y preocupación a la salud pública no se ha establecido que todos los pacientes que padezcan algún tipo de enfermedad, reciban la atención psicológica para ellos y sus familiares. La mayoría de los pacientes, no tiene a donde recurrir para los tratamientos de los distintos trastornos mentales, entre los más prevalentes están trastornos afectivos, depresión, ansiedad, esquizofrenia, discapacidad intelectual, alcoholismo, violencia física y psicológica, situación que provoca preocupación por ser una provincia extensa. Tomemos como base, las consecuencias que pueda causar en una persona al haber sido informado que tiene alguna enfermedad médica, la primera situación que se presenta son estados ansiosos, depresivos. Estos estados en muchas ocasiones, derivan a suicidios, separaciones y aislamiento, que determina un inmediato cuadro de salud mental preocupante, y más aún si no existen los centros de atención del Psicólogo para atender estos casos.

Las enfermedades catastróficas son en sí, un problema de salud pública. Estas, generalmente por su condición que en muchos casos son adquiridas, como el VIH Sida, que las estadísticas

muestran un alto índice de mortalidad, esta no tiene un programa específico de ayuda psicológica en su tratamiento, muchos de estos pacientes van cayendo su condición física y mental, es aún más grave, porque no existe tratamiento en estos casos.

Las enfermedades como el cáncer y las enfermedades renales crónicas, en muchos casos derivados de la diabetes, tienen en el caso de las clínicas particulares como SOLCA y las de hemodiálisis programas de atención Psicológica para los pacientes, en el caso de los tratamientos de hemodiálisis son obligatorias, el IESS no contrata atención, si dentro de ello, no existe la atención psicológica, estos avances en si son importantes y necesarios pero no sucede lo mismo en los hospitales públicos, por la falta de recursos, en las políticas públicas es más importante, darle la atención medica al paciente, que la psicológica.

## **1.2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

Las estadísticas muestran que en la provincia de Manabí, existen patologías médicas que son catalogadas como un problema de salud pública, como las enfermedades catastróficas, este tipo de condiciones físicas, causan una serie de afecciones psicológicas en el paciente, lo que obliga al médico tratante a intervenir en la mayoría de los casos, teniendo que seguir con la atención hacia el paciente desde el punto de vista biológico dejando de lado las manifestaciones psicológicas latentes en cada enfermedad física. Los pacientes con enfermedades catastróficas solo están recibiendo atención médica con el tratamiento desde el punto de vista de la medicina occidental, sin tomar en consideración la salud psíquica de los atendidos en los nosocomios.

Como referencia, la Dirección Provincial de Salud, no cuenta en la actualidad con un departamento de Salud Mental, el hospital

regional Verdi Cevallos brinda en la actualidad, atención primaria en Psicología, en casos específicos como violencia familiar, y, las atenciones psiquiátricas son atendidas de forma ambulatoria, teniendo que esperar meses, para poder acceder a la consulta con el especialista. Por lo general, los otros hospitales de la provincia brindan atención psicológica solo en casos de violencia, recibiendo acogida inmediata por parte del equipo multidisciplinario, para atenderlos de manera integral.

### **1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA.**

En el Hospital Verdi Cevallos Balda, ingresan mensualmente, una serie de pacientes con enfermedades terminales, degenerativas o catastróficas, su atención especializada, está dada desde el análisis físico del paciente, el tratamiento de su enfermedad, está concentrada en los efectos de la enfermedad en su cuerpo, estos pueden estar considerados inmediatos para aliviar la condición del paciente, tomando en cuenta su patología, el médico se preocupa de sus dolencias, de estabilizarlo y de ser posible medicarlo para evitar un alto sufrimiento físico, este galeno no está preocupado de su condición psicológica porque no es su rama, pero efectivamente, todo paciente en estado consiente sufre una alteración en su condición mental, su estado ansioso, por conocer cómo va a salir del problema le convierte en un ser con cierto grado de violencia hacia las personas que le atienden, o en otros casos su depresión al creer que nunca va a salir del problema, lo que le lleva a descuidar su tratamiento, que puede llevarlo a una condición de suicidio en muchas ocasiones, estas patologías no son tratadas por ningún profesional del ramo, excepto aquellas ayudas paliativas, que dan las Licenciadas en enfermería, de condolencias al paciente, pidiendo paciencia y ruegos divinos, para mejorar su enfermedad.

Qué pasa con los familiares, en desesperanza al no saber al fin que va a pasar con su familiar, qué es lo que tiene que hacer, para tratar los traumas que causa estos tipos de enfermedades. No existe la orientación ni las charlas necesarias, por quienes deberían estar tratando al paciente en su condición psicológica, lo máximo que se puede esperar es que el médico en una actitud humana explique la condición del paciente, que en la mayoría de los casos, termina con la muerte.

#### **1.4.DELIMITACION DEL PROBLEMA.**

**Tema:** Epidemiología de la Salud Mental de Pacientes con Enfermedades Catastróficas atendidas en el Hospital Verdi Cevallos. Portoviejo. Periodo. 2010-2011

**Campo de acción:** Epidemiología de la salud Mental

**Objeto de estudio:** Enfermedades Catastróficas

**Área:** Postgrado

**Período:** 2010-2011

#### **1.5.PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.**

- ¿Cuál es la prevalencia de pacientes con enfermedades catastróficas?
- ¿Cuáles son las principales enfermedades catastróficas?
- ¿Cuál es el estado de salud mental de los pacientes con enfermedades catastróficas?
- ¿Cuáles son las principales manifestaciones psicológicas de los pacientes con enfermedades catastróficas?

- ¿Cuáles serán los principales factores de riesgos que predisponen a las alteraciones de la salud mental?
- ¿Qué factores de riesgos son los de mayor importancia en las enfermedades catastróficas?
- ¿Cuáles son las enfermedades catastróficas con mayor atención en el hospital Verdi Cevallos?

## **1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **1.6.1 OBJETIVO GENERAL.**

Determinar la epidemiología de la Salud Mental de pacientes con Enfermedades Catastróficas atendidas en el Hospital Verdi Cevallos. Portoviejo. Periodo. 2010-2011

### **1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Determinar la prevalencia de pacientes con enfermedades catastróficas atendidas en el Hospital Verdi Cevallos. Portoviejo. Periodo. 2010-2011
- Identificar los tipos de enfermedades catastróficas atendidas en el Hospital Verdi Cevallos. Portoviejo. Periodo. 2010-2011
- Establecer las manifestaciones psicológicas de los pacientes con enfermedades catastróficas atendidas en el Hospital Verdi Cevallos. Portoviejo. Periodo. 2010-2011

Identificar los factores de riesgo: edad, género, ocupación, escolaridad, procedencia atendidas en el Hospital Verdi Cevallos. Portoviejo. Periodo. 2010-2011

- Propuesta de creación de un centro de atención especializado en salud mental.

## **1.7 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION**

La presente investigación se justifica porque en los tres hospitales más importantes de la provincia de Manabí, no existen programas de atención Psicológica de los pacientes con enfermedades Catastróficas, en ello está incluido el Verdi Cevallos Balda, que en la actualidad, solo cuenta con una profesional en Psicología Clínica para la atención den los casos de primera acogida y violencia de género. Las estadísticas de los años 2010- 2011, no muestran ningún tipo de tratamiento psicológico, a los pacientes con este tipo de enfermedades, en muchos de los casos lo que hace el medico es tratar con elementos paliativos su condición mental, esto por lo general, no ayudan a los pacientes en muchos casos agudizan su estado depresivo, que consecuentemente empeora su salud física.

De la investigación realizada, en la ex Dirección de Salud Mental de la Dirección Provincial de Manabí, encontramos que existía muy poco trabajo estadístico, que permita tener una visión macro, del problema de salud mental, en la provincia de Manabí. Es necesario crear indicadores estadísticos, para establecer la importancia de la salud mental en las enfermedades catastróficas, y, cómo influye en su salud mental.

La importancia de la tesis, radica en hecho de que se pondrá en debate la salud mental de las personas que padecen de enfermedades catastróficas, los cuales no son atendidos

adecuadamente, por falta de presupuesto no solo por en el Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo sino por todo sistema de salud público del Ecuador.

El interés del tema, es concienciar en las autoridades de Salud Pública sobre la necesidad de que se operativice un mecanismo de atención psicológica para las personas que padecen las enfermedades catastróficas, cuyas condiciones psicológicas se deterioran debido al medio familiar, social y físico en que viven.

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1 ANTECEDENTES**

Las enfermedades catastróficas, objeto de la presente investigación, están consideradas como verdaderas catástrofes, ya que son casi siempre incurables, necesitando siempre de atención médica, atención emocional dirigida no solo para el paciente, sino también para la familia; además, la parte económica es vital, ya que se necesita de muchos recursos para un verdadero tratamiento.

Dentro del grupo de enfermedades catastróficas definidas por el Ministerio de Salud Pública, se encuentran pacientes con enfermedades renales, que se realizan hemodiálisis, todo tipo de cáncer, cuadripléjicos debido a accidentes de tránsito, trasplante de médula, tumor cerebral en cualquier estadio y de cualquier tipo, secuela de quemaduras graves, síndrome de klippel Trenaunay, aneurisma torácico – abdominal, malformaciones congénitas de corazón, y todo tipo de valvulopatias cardiacas

Estas enfermedades han sido reconocidas como un grave problema de salud pública, sin embargo, la realidad es la existencia de escasa o poca atención para sus debidos tratamientos desde el punto de vista físico biológico, peor aún la salud mental del que la padece, y de sus familiares.

La estudiante María Teresa Lluch Canutde la Universidad de Barcelona, Facultad de Departamento de Metodología de Ciencias del Comportamiento, realizó la tesis doctoral denominada “Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva” cuyo objetivo general fue el de Construir una escala para evaluar la salud mental positiva y analizar sus propiedades psicométricas, para lo cual utilizó la metodología, inductiva – deductiva, sintética y propositiva; luego de un

estudio profundo de los diferentes conceptos psicopedagógicos y de haber realizado diferentes estudios de caso, llegó a la siguientes conclusiones: que existe una salud mental positiva, la cual supone entre otras características la ausencia de trastornos, pero hay que tomar en cuenta que no todas las personas “sanas” tienen una salud mental positiva. Los doctores, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales entre otros profesionales de la salud también forman parte de las personas “estresadas” y por lo tanto, también le hace falta una salud mental positiva. (Canut, 2012),

En el año 2012, Carlos Martín Pérez, estudiantes de doctorado de la Universidad de Granada, hizo un estudio sobre Prevalencia y atención a los trastornos mentales en una comunidad rural; proponiendo como objetivos la de determinar la prevalencia de trastornos mentales en la población mayor de edad de la zona básica de salud del Marquesado (Granada), aplicado una metodología enfocado a un estudio transversal de prevalencia de psicopatologías en la población general, se que se realiza en el Centro de Salud de Marquesado (Distrito Sanitario Guadix – Baza). La metodología empleada fue la de un diseño en dos fases, una primera de detección de posibles casos y la segunda confirmación diagnóstica, arribando a la conclusión: Los trastornos mentales más frecuentes en la población de estudio son los trastornos de ansiedad con una prevalencia de 13,6%, seguidos de los trastornos afectivos con un 8.57% y del consumo problemático de alcohol con cifras de prevalencia del 6.12%. (Pérez, 2012)

En el año 2012, Sara Moll León estudiante de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Ciencias Letras y Ciencias Humanas, realizó una tesis sobre las Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitanas. La investigación busca examinar las representaciones de la salud mental en los

trabajadores de dos instituciones especializadas en el área. El estudio es de tipo exploratorio con una metodología de carácter cualitativo. Para el logro de los objetivos, se seleccionó un total de diez participantes, cinco por cada institución, representantes de los trabajadores que conforman el equipo interdisciplinario del área: un psiquiatra, una psicóloga, una enfermera, una técnica de enfermería y una asistente social. Para acceder a la narración y el discurso de los participantes se aplicó una entrevista semiestructurada creada por la investigadora. Los resultados dan cuenta del mundo representacional de los trabajadores, exponiendo desde lo subjetivo, sus concepciones generales en torno a la salud mental, los factores que favorecen o interfieren en la misma, las reacciones que genera la persona que sufre una enfermedad mental y las expectativas de mejoría. (León, 2012),

En el año 2013, Adrián Antulio Cjaj Tajiboy estudiantes de la Universidad Rafael Aldívar, facultad de Humanidades, desarrollo un estudio sobre Factor de riesgo psico social y salud mental (estudio realizado con empresas de computación en la zona d 3 de Quetzaltenango; siendo el objetivo general es de determinar la influencia de los factores de riesgo psicosocial en la salud mental de los trabajadores de las empresas de computación de la zona 3 de Quezaltenango; la metodología fue descriptiva y se administró el test de ISTAS 21 que evalúa los riegos laborales de naturaleza psicosocial. Y el test de salud mental positiva, llegando a comprobar que existe influencia de los factores de riesgo psicosocial sobre la salud mental debido a que las mayores partes de los sujetos evaluados obtuvieron puntuaciones desfavorables y una salud mental baja. (Tajiboy, 2013),

En el año 2015, Segundo Valmorisco Pizarro estudiante de la Universidad Carlos III de Madrid, realizó una tesis doctoral Sobre políticas públicas de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental grave, teniendo como objetivo el de analizar en profundidad las políticas públicas de rehabilitación

laboral para que las personas que han sufrido resquebrajamiento de su salud mental, mediante el estudio de caso de los Centros de Rehabilitación Laboral en la Comunidad de Madrid; para lo cual se aplicó una perspectiva metodológica de análisis documental y bibliográfico; técnicas cuantitativas y cualitativas; llegando a la conclusión de que sin llegar a negar la importancia de los predictores laborales en el éxito de rehabilitación de las personas con problemas de salud mental, éste debería ser analizado profundamente, porque se encontró indicadores significativos de que el trabajo aporte significativamente a mejorar la salud mental de las personas. (Pizarro, 2015),

En el año 2012, Karla María Ulloa Maldonado (Maldonado, 2012), estudiante de la Universidad de Azuay, Escuela de Derecho, realizó una tesis denominada: Los derechos de los adultos mayores en la Constitución del Ecuador. Sus mecanismos para garantizarlos real y efectivamente; teniendo como objetivo general en de analizar la ayuda real del Estado a los adultos mayores a través de sus diferentes programas, para lo cual se realizó un diagnóstico real a través de entrevistas y encuestas de la situación de los adultos mayores; llegando a la conclusión; Es incuestionable la problemática que presenta el crecimiento de la población adulta mayor y la falta de inserción social que tiene este grupo; el cual ha ido perdiendo su lugar e importancia que ha es discriminado permanentemente. (Maldonado, 2012)

La estudiantes Mayra Alejandra Cevallos Sarzosa, de la Universidad Central del Ecuador, previo a la obtención del título de Licenciada e Trabajo Social, realizó una tesis con el tema “Exclusión del adulto mayor en programas sociales, de la Parroquia de Conocoto, período 2011- 2012 y sus efecto en la calidad de vida, cuyo objetivo principal fue el de analizar la realidad el adulto mayor y la exclusión en programas sociales y su calidad de vida en la parroquia Conocoto, para lo cual se

aplicó el método cuantitativo y cualitativo, inductivo y deductivo, así como la investigación documental y de campo, con técnicas de observación y encuesta; se aplicó una encuesta a las familias que tienen familiares de tercera edad y adultos mayores; llegando a la conclusión que La exclusión del Adulto Mayor es un problema social aún vigente que poco a poco se está erradicando gracias a los programas que ofrecen el MIES y el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, por lo que se recomienda continuar con la apertura de más centros integral para el adulto mayor. (Sarzoza, 2013)

En el año 2013, el señor Camacho Vascones, Alex Esteban estudiante de maestría de la Universidad Técnica Particular de Loja, realizó un estudio sobre Programa de protección social a personas con enfermedades catastróficas y rara, y, a menores de 14 años que viven con VIH/SIDA en situación de criticidad socioeconómica, Quito 2012”, para lo cual utilizó la metodología crítica propositiva, para lo cual se realizó un estudio estadístico de los atendidos por el Programa Joaquín Gallegos Lara, arribando a la conclusión que contar con el marco legal apropiado para que el Bono Joaquín Gallegos Lara sea extensivo a las personas que padecen enfermedades catastróficas, rara o huérfanas, y a los menores de 14 años de edad, en situación de criticidad socioeconómica, permite incluir en protección social a este grupo de personas vulnerables y con ello mejorar su calidad de vida, por lo que se recomienda incluirlos al bono Joaquín Gallegos Lara. (Camacho Vasconez, 2013),

En el año 2013, la autoría Gutiérrez Navas Tatiana Gabriela estudiantes de la Universidad Técnica de Ambato, facultad de Ciencias de la Salud, carrera de medicina, realizó una investigación sobre “Trastornos afectivos más frecuente en pacientes con insuficiencia renal crónica tratado con hemodiálisis en el servicio de nefrología de la unidad renal de la

clínica contigo de la ciudad de Latacunga durante el período octubre 2011 a febrero del 2012, para lo cual se utiliza el método cualitativo, diagnóstico y descriptiva; se aplicó encuestas a los pacientes con insuficiencia renal, llegando a la conclusión que los problemas psicológicos de los enfermos renales no se toman suficiente en cuenta, y no es detectada ,a manera de cómo esos problemas influyen en la producción de síntomas corporales y más concretamente en su calidad de vida, por lo que se recomienda que los organismos de salud deberían promover la salud mental y el vínculo social que está de moda en los países desarrollado de Europa, aplicando una prevención primaria para diagnosticar a tiempo la depresión. (Gabriela, 2012),

En el año 2013, Aceldo María y Escobar Andreina estudiantes de la Universidad Central del Ecuador, realiza con una investigación sobre Conocimientos y aptitudes (CAP), sobre los hábitos saludables en el estilo de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis del Centro Dial Ibarra en el periodo 2010 – 2012; planteando como objetivo general el de Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre hábitos saludables en el estilo de vida de los pacientes con insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis del Centro Dial Ibarra, en el marco teórico se conceptualiza las principales variables y categorías; en la metodología se utilizó el tipo de investigación descriptivo retrospectivo, para lo cual se realizó observaciones, así como encuesta y entrevista, llegando a la conclusión de que la personalidad del paciente es un aspecto que determina la actitud hacia el tratamiento; de las experiencias se observa que pacientes con mayor coeficiente intelectual y nivel de educación se adaptan adecuadamente al tratamiento, manteniendo motivación, independencia y creatividad en el trabajo y en el hogar. (Andreina, 2012),

En el año 2013, Jorge Colinade Instituto de Ciencias del Seguro, realiza una propuesta para un sistema de cobertura de enfermedades catastróficas en Argentina. El objetivo es asegurar accesibilidad real a las personas que sufren enfermedades catastróficas a las prestaciones que las regulaciones establecen como derechos, pero que en la realidad no se cumplen en su integralidad y/o en las condiciones estipuladas. Con ello se busca garantizar prestaciones suficientes, oportunas y apropiadas para el tratamiento de enfermedades catastróficas y tan importantes como esto, sentar las bases para perfeccionar el funcionamiento general de los seguros de salud bajo la premisa de que un mecanismo institucional especial para las enfermedades catastróficas, mejorará sustancialmente la consistencia actuarial de las enfermedades no catastróficas. (Colina, 2012),

En el año 2012, la Lic Galdis Betriz Macas Macas, estudiante de Maestría en Salud Mental, de la Universidad Nacional de Loja, área de salud humana, realizó la tesis con el tema: propuesta de un programa psicoeducativo para potenciar la salud mental del adulto mayor con enfermedades crónicas, del hospital Universitario de Loja, siendo sus objetivos el de diagnosticar la salud mental del adulto mayor y proponer un programa psicoeducativo. En la metodología se incluyó la revisión de las historias clínicas, la encuesta aplicadas los profesionales del hospital y familiares de los adultos mayores: la aplicación del mini mental y la escala geriátrica que evalúa los síntomas depresivos, llegando a concluir que más de la mitad o sea el 70% de los adultos mayores se encuentran dentro de lo normal, es decir que su salud mental es buena mientras que el 23% presentan un deterioro leve, el 7% un deterioro moderado y ninguno presento deterioro grave. (Macas, 2012)

## **2.2 FUNDAMENTOS TEORICOS**

### **2.2.1 DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL**

La conceptualización de la salud mental, se presenta desde una gran diversidad de enfoques: desde los ámbitos clínicos, de psiquiatría, psicología, las ciencias sociales, culturales. En el ámbito clínico, por mucho tiempo se ha homologado el concepto de salud mental, con el concepto de enfermedad mental, así, cuando se piensa y planifica en salud mental, las propuestas y proyecciones, empiezan y terminan en enfermedad mental; también se han utilizado los criterios de la medicina tradicional, para referirse a la salud mental En la psiquiatría se considera que la salud mental:

“Es el estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su medio, de manera creativa, propiciando su crecimiento y bienestar individual, y el de su ambiente social cercano y lejano, buscando mejorar las condiciones de la vida de la población conforme a sus particularidades” (A., 1998)

El concepto de la salud mental Incluye: “bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente”. “También ha sido definida como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva, siendo un fenómeno complejo determinado por la interacción de variables individuales, sociales y ambientales; exigiendo modelos integrales de atención en salud orientada a la protección de la salud mental, la promoción de la salud, la prevención de factores de riesgo y la atención adecuada de los trastornos mentales (Amerigo.M, 2003)”.

En este sentido, la salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos, se refiere a la manera como cada uno, se relaciona con las actividades en general en la comunidad: comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales, con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida. Por tanto depende de: cómo uno se siente frente a sí mismo, cómo uno se siente frente a otras personas, y en qué forma uno responde a las demandas de la vida.

En cuanto al ámbito social, se habla de salud mental comunitaria, la cual implica el desarrollo general de los aspectos psicosociales y conductuales, la percepción de la salud y la calidad de vida por parte de la población, la forma con que se cubren las necesidades básicas, y se aseguran los derechos humanos, y la atención de trastornos mentales.

El concepto de Salud Mental, que se utilizará para la presente investigación es el planteado por el Ministerio de Salud. “ La capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí con el medio ambiente, un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, afectivas o relacionales, a sí mismo el logro de metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común” (pública, 2013)

La salud mental es un objetivo, un valor positivo, una aspiración de la sociedad y de las instituciones en general. Pero la experiencia empírica demuestra que los trastornos de la salud mental son un problema social y de salud pública, que hoy en día daña la calidad de vida de los individuos.

Algunas aproximaciones consideran la salud mental como un estado de interacción y equilibrio entre los factores biológicos (características genéticas y fisiológicas de los individuos), psicológicos (aspectos cognitivos, afectivos y relacionales),

micro contextuales (interacción entre los individuos y sus contextos de participación e integración social), y macro contextuales (condiciones culturales, sociales, políticas, económicas y ambientales del lugar en que vive el sujeto).

Dentro de la conceptualización de Salud Mental, hay tres actitudes básicas que contribuyen a delimitar este concepto:

Cómo nos sentimos con nosotros mismos

Cómo nos sentimos con los demás

En qué forma respondemos a las demandas de la vida.

### **2.2.1.1 Características de una persona sana según la OMS**

Según la Organización Mundial de la Salud existen algunas características que se pueden encontrar en una persona mentalmente sana: (OMS, 2013)

*Las personas mentalmente sanas están satisfechas consigo mismas y esta satisfacción se expresaría en los siguientes indicadores:*

- No se sienten presas de sus propias emociones: envidia, rabia, temores, amor, preocupaciones, sentimientos de culpa.
- Poseen la capacidad para captar las decepciones y fracasos de la vida sin alterarse
- Su actitud es tolerante para consigo misma y para con los demás
- Ni sobre valoran ni subestiman sus capacidades y habilidades.

*Son capaces de percibir que son competentes para enfrentar las situaciones problemáticas:*

- Se sienten bien con los demás
- Capacidad de amar y tener en consideración los intereses de los demás.
- Sus relaciones interpersonales se caracterizan por ser duraderas y satisfactorias.
- Les gusta confiar en los demás y sentir que otros confían en ellos
- Son tolerantes ante diversas e importantes diferencias existentes entre la gente
- Permiten ser utilizados ni se aprovechan de los demás.
- Se sienten parte de la comunidad

*Son capaces de satisfacer las demandas que les presenta la vida:*

- Afrontan sus dificultades a medida que se van presentando y a su debido tiempo
- Aceptan sus responsabilidades
- Modifican su ambiente cuando es posible y se ajustan al mismo cuando es necesario
- Poseen capacidad de proyectarse, de planificar para el futuro, enfrentándolo sin temor.
- Tienen su mente abierta a nuevas experiencias e ideas.
- Utilizan sus aptitudes y capacidades
- Se fijan metas reales y alcanzables
- Pueden tomar sus propias decisiones
- Logran gratificarse cuando ponen lo mejor de sí en lo que hacen

*La persona mentalmente sana se permite vivir positivamente en tres esferas de la vida*

- En el mundo social: en el cual entabla relaciones interpersonales.
- En el mundo íntimo propio: en el que construye su realidad psíquica, fantasías, imágenes.
- En el área de la experiencia cultural: (arte, filosofías, religiones, mitos,), en el cuál adquieren importancia el “saber Jugar” y el “sentido del humor.

De lo anterior, se extrae la preocupación por la salud mental de individuos y de grupos en el entorno laboral se está transformando o debiera transformarse, por su impacto en la calidad de vida y la productividad, en un componente esencial de la política de salud pública.

## **2.2.2 LA SALUD MENTAL DESDE LA PSICOLOGÍA: MODELO CONCEPTUAL DE WARR**

Los síntomas o procesos que se utilizan, para designar a una persona o a un grupo de personas, como mentalmente normal, varía según los esquemas sociales y paradigmas científicos imperantes, por lo anterior, el concepto de salud mental que se maneja, no es universalmente aceptado, tendiéndose a considerar el tema desde cuatro concepciones:

**2.2.2.1 La salud mental como ausencia de síntomas.** Es así como los criterios diagnósticos utilizados en psiquiatría consideran la presencia de síntomas, el funcionamiento alterado y la duración de tales síntomas. Dentro de este concepto, el trastorno psicológico se mide de dos formas: que el propio individuo refiera sus síntomas, confrontándose con índices predeterminados, o que personal especializado, evalúen el trastorno mediante entrevistas estructuradas. Así, se excluye un número de personas que manifiestan una disminución de su nivel de salud mental sin llegar a constituir un cuadro digno de ser diagnosticado.

**2.2.2.2 La salud mental como bienestar físico y emocional.** Se refiere a un equilibrio positivo de afectos en el que los positivos predominan sobre los negativos.

La salud mental como calidad de vida. Se refiere tanto a aspectos objetivos del nivel de vida como los subjetivos, incluyéndose aspectos sociales, físicos y psicológicos. Desde esta perspectiva, la satisfacción vital y de las necesidades psicosociales son esenciales para el logro de la salud mental. Las escalas inscritas dentro de esta concepción se preocupan de medir síntomas, bienestar y el funcionamiento integral de la persona.

**2.2.2.3 La salud mental como presencia de atributos individuales positivos** en donde se encuentra determinada por el éxito logrado en múltiples áreas de la vida como por ejemplo, las relaciones interpersonales, el trabajo y la resolución de conflictos.

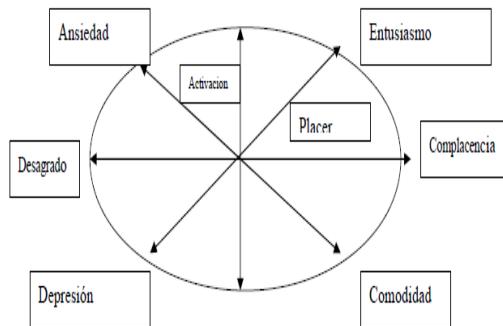
Dentro de estas miradas el enfoque mediante el cual vamos a entender la salud mental se basa en el modelo de salud mental de Peter B. Warr por el cual “La salud mental se compone del bienestar activo, la competencia personal, la autonomía, la aspiración y el funcionamiento integrado. Resulta del intercambio entre las características del medio, los procesos que las originan y ciertos atributos de personalidad. Además, otras características personales que afectan a la salud mental son la edad, el género, el status socioeconómico, los valores personales y las habilidades psicomotoras, intelectuales y sociales” (Artal, 1996)

Según Warr las características del medio que inciden favorablemente en el nivel de salud mental son: la oportunidad de ejercer control sobre el medio, la oportunidad de utilizar y desarrollar los propios conocimientos y capacidades, la existencia de objetivos generados por el medio, la variedad de actividades, la claridad ambiental, la disponibilidad económica,

la seguridad física, las oportunidades para el desarrollo de las relaciones interpersonales y una posición social valorada; mismos que si llegaran a faltar o darse exageradamente, incidirían desfavorable o menos positivamente en el logro de la salud mental.

Bajo este enfoque se comprende que el sujeto interactúa en su medio, fluyendo y siendo influido por las condiciones y situaciones de éste, desarrollándose una mirada sistémica en el desarrollo de las relaciones.

Esta primera concepción, se puede vincular con lo que Warr define como los elementos que se vinculan en los temas del desarrollo del bienestar de las personas en el espacio laboral. “El trabajo puede tener una repercusión sustancial en el bienestar afectivo de los trabajadores. A su vez la calidad del bienestar de éstos en el trabajo influye en su comportamiento, en su toma de decisiones y en su interacción con los compañeros, y trasciende asimismo de la vida familiar y social" (Warr, 1990) Al aparecer el concepto de bienestar, Warr los relaciona con los conceptos de "placer" y activación.



FUENTE (Warr, 1990)

Lo señalado en este diagrama define que un determinado nivel de complacencia o desagrado puede coincidir con niveles altos o bajos de activación mental, y ésta puede ser placentera o desagradable. Para representar estas relaciones se utilizan tres ejes de bienestar propuestos para la medición de las escalas que oscilan entre el desagrado y la complacencia, la ansiedad y la comodidad y la depresión y el entusiasmo.

"A menudo, la medición del bienestar vinculado al trabajo se ha limitado al eje del placer derivada en estados de "sentirse mal" y de "sentirse bien", no obstante en las escalas de satisfacción en el puesto del trabajo no se tienen en cuenta las diferencias en cuanto a la estimulación mental y, por esta razón, su capacidad descriptiva es relativamente limitada. Es necesario considerar otras formas de medir basadas en los otros dos ejes que aparecen en la figura". Ídem

#### **2.2.2.4 La edad adulta**

Para el presente estudio, ya que las enfermedades hipotéticamente se presentan con mayor frecuencia en edades adultas, es importante analizar las mismas. Para ello, se resumen las propuestas desde dos puntos de vista, que, se considera de mayor relevancia.

##### *Etapas de la edad adulta*

Independientemente de las diversas consideraciones, la edad adulta es un largo período de la vida, y, dada su amplitud, se puede distinguir en ella etapas. "Etapas que van a caracterizar los diferentes momentos del proceso evolutivo de cada persona con relación a funciones o roles que pueda desempeñar, o desempeño, y que conformarán el pleno desarrollo de su personalidad. Existen varias teorías o modelos que, en forma de paradigma, tratan de dar explicación y proporcionar una visión

global de los diferentes procesos y cambios que se llevan a cabo en este periodo de la vida. Estos modelos vienen conformados según los criterios seguidos por cada uno de los autores a la hora de enfrentarse con el problema de elaborar el modelo. Se compilan las siguientes teorías:

***Teoría o modelo motivacional de Huberman*** Cuyo criterio responde a las motivaciones, necesidades, intereses respecto a sus elecciones.

**Teoría o modelo clínico de Havighurts, Erikson y Maslow.** Es un modelo clínico que viene dado por las observaciones realizadas a sujetos disminuidos, o autorrealizados.

#### **2.2.2.5 Etapas según la teoría o modelo motivacional de Huberman.**

Este modelo está basado en aquellos temas o asuntos a los que los adultos suelen interesarse o prestar mayor atención. Lo presenta Hubermanras resultados obtenidos en investigaciones y que manifiestan que los temas de interés responden a:

La vida profesional, la vida familiar, los asuntos cívicos y sociales, los intereses creativos y expresivos, la salud física y mental. A su vez, especifica que estos intereses o motivaciones evolucionan durante la etapa adulta en seis ciclos y los concreta de la siguiente forma;

- **Concentración en la propia vida (18-30 años).**

En este ciclo, el adulto, que ya posee una identidad psicológica estable en cierta medida, se ve movido y lucha por: conseguir su identidad social a través del trabajo, carrera u oficio; lograr un

status o puesto determinado socialmente, conseguir una ideología propia, asimilándola e interiorizándola, elegir compañero/a para su vida, tener y presentar una buena imagen de sí mismo.

- **Concentración de las propias energías (30-40 años)**

Es un ciclo que se caracteriza por un aumento en la experiencia y competencia, dentro del campo profesional y ser un período muy estable. El adulto se encuentra en este período, en el máximo de sus potencialidades, fuerza y energía. Los intereses o motivaciones que le mueven particularmente son: la crianza y educación de los hijos, la competencia en el mundo profesional y laboral. Inicia su interés por actividades y responsabilidades comunes y de grupo, así como por asuntos económicos. Se da un predominio de la extroversión frente a la introversión.

- **Afianzamiento y valores propios (40-50 años)**

Este período representa la cima, la cumbre del ciclo vital del adulto. Toda su energía, su actividad vital está proyectada hacia el mundo exterior, hacia su entorno. Es en este momento cuando los asuntos sociales y públicos le atraen y le motivan, alcanzando los temas políticos el punto más alto de interés.

En lo que respecta a la familia, encuentra recompensa con percibir el crecimiento de sus hijos, a los que ve desarrollándose y valiéndose por sí mismos.

- **Mantenimiento de la posición alcanzada (50-60 años)**

Este ciclo o período, viene determinado por la disminución o declive de las potencialidades físicas: fuerza muscular, tiempos de reacción, agudeza sensorial, capacidad pulmonar, etc.

El adulto tiene que esforzarse por no perder terreno en su profesión o carrera. El mundo es percibido de forma más complicada que en períodos anteriores y su yo se repliega e

interioriza. Se hace más realista, con lo que las motivaciones que le mueven vienen dadas más por las recompensas a corto plazo que las de largo plazo. Frente a la acción, como medio de actuación respecto al entorno y al mundo, utiliza la reflexión.

Sus intereses académicos se mueven en torno a filosofía, historia y religión.

- **Pensando en el retiro (60-70 años)**

Periodo o ciclo caracterizado por un declive más acuciado de las potencialidades físicas, la salud y las relaciones sociales. Ello, le lleva a sentir el deseo de alejarse de las relaciones y compromisos de carácter afectivo; lo que conlleva un mayor apego a las recompensas de carácter inmediato: juegos, entretenimientos, placeres físicos.

Sienten interés por actividades que requieran una menor actividad y que sean de carácter más contemplativo: relaciones internacionales, turismo, arte, cultura, economía, política.

- **Aumenta la desconexión (70 años en adelante)**

Este ciclo viene determinado por la separación definitiva del mundo laboral, por la jubilación y, con ello, la disminución de las relaciones sociales. Los intereses que mueven esta edad están centrados en la pensión, la salud y la dependencia con los demás.

### **2.2.2.6 Etapas según la teoría del modelo clínico de Havighurts, Erikson Y Maslow**

Los representantes más significativos de esta teoría son Erikson, Maslow y Havighurst, Erikson es considerado por todos los estudiosos como el iniciador de los estudios de la evolución adulta en la década de los años 50 del siglo anterior, por lo que sus trabajos sobre las teorías de las etapas son tomados como paradigmas por sus continuadores. Smelner y Erikson (H, 2003)

Erikson distingue ocho etapas psicosociales o psicosexuales, a lo largo del ciclo vital, que se van sucediendo y apoyando, unas en otras a lo largo de la vida. Su teoría sobre las etapas del ciclo vital se fundamenta en la epigénesis que viene a determinar, que para que un proceso evolutivo pueda aparecer, deben producirse otros anteriormente. Por lo tanto, una etapa no puede considerarse aislada de las demás, sino interconectadas entre sí en el ciclo vital, aunque después tenga su propia autonomía.

Las etapas, las considera perfectamente delimitadas cronológicamente, pero no se aventura a fijar los periodos de transición, de forma exacta. Cada etapa lleva asociada una crisis, entendiendo a esta como un momento fundamental en la vida del sujeto, en el que este tiene que afrontar y resolver un problema o tarea decisiva; la resolución de este le acarreará un enriquecimiento personal, que lo prepara para encarar con confianza, la próxima crisis o problema a resolver. Por el contrario, si no lograra superar esta crisis, la arrastrará a la etapa siguiente. (Huberman., 2004)

<b>ETAPAS</b>	<b>PROBLEMA</b>	<b>PATOLOGÍA</b>
<b>Etapa de la joven adulta (18 – 30). Intimidad versus</b>	Búsqueda de relaciones	Aislamiento separatividad
<b>Etapa adulta intermedia (30 – 60) Generalidad versus estancamiento</b>	Plenitud y madurez psicosocial	Estancamiento, auto absorción.

<p><b>Etapas de la edad avanzada (60 en adelante)</b></p> <p><b>Integridad versus desesperación</b></p>	<p>Fin de la vida</p> <p>Unificación</p>	<p>Desesperanza</p>	<p>Fuente: Smelne r y</p>
---	--	---------------------	-----------------------------------

Erikson (2003)

Según Erikson, los problemas son los mismos en todas las etapas de la vida, sólo los diferencia la fase en la que puedan encontrarse: inmadura, crítica o resolutoria. Distingue ocho etapas en el desarrollo total, tres de las cuales corresponden a la edad adulta, estas son:

- **Etapas de la joven edad adulta (18-30 años).**

Se la define como la etapa de la antítesis crítica de intimidad versus aislamiento. Es una etapa en donde el adulto debe procurar, establecer unas buenas relaciones con los demás y sobre todo con el sexo opuesto, debiendo acrecentar su capacidad de amar. Para establecer estas relaciones de intimidad, son necesarias unas condiciones previas: confianza absoluta, autonomía en ambas partes, sentimiento de identidad, aceptación incondicional.

Estas llevarán a la experiencia de otros sentimientos: compasión, simpatía, empatía, identificación, reciprocidad y mutualidad. Aspectos estos, sin los que no puede generarse intimidad. La no consecución, conllevará un sentimiento de aislamiento, separación.

- **Etapas de la Edad Adulta Intermedia (30-60 años)**

Etapas que viene determinada por la generatividad versus estancamiento. Es este el momento de mayor plenitud y madurez del adulto, en el que debe lograr:

Una situación estable laboralmente, criar y ayudar a que los hijos se conviertan en adultos, un status y reputación favorable dentro de su contexto social, tomar parte activa en asuntos de la comunidad.

Esta es la etapa de mayor generosidad, entrega y sacrificio que se pone de manifiesto en la educación de los hijos.

La superación de las crisis anteriores, es esencial, para el buen funcionamiento de esta etapa. El elemento que puede distorsionar esta etapa, es el estancamiento o auto-absorción que representaría la patología básica, y que, arrastraría al individuo a la percepción de la monotonía de su vida, y, por tanto a la impresión de envejecer, sin haber logrado nada importante.

#### ▪ **Etapa de la Edad Avanzada (60 años en adelante)**

Según Erikson, “es la etapa de la integridad versus desesperación que viene determinada por el fin total, impredecible en su tiempo y naturaleza. Conlleva la unificación de la personalidad y de la vida”. (Levinson.D., 2000)

Aquí el sujeto percibe el final de la vida, que para muchos es causa de angustia y terror, aunque Erikson no cree que deba ser así para todos:

No debe serlo para los que han tenido una infancia feliz e ilusionada, han tenido una carrera y la han ejercido profesionalmente, han acertado en su matrimonio y, en definitiva, han vivido tal y como deseaban. Con lo que han hecho lo que añoraban y, por tanto, han cumplido sus objetivos y compromisos.

Tampoco debe serlo para aquellos que piensan que la muerte es un tránsito más de existencia.

Maslow, que es el más representativo de los psicólogos denominados humanistas. Con un punto de vista diferente, viene

a coincidir con Erikson. Maslow (M., 2003) habla de necesidades, no de crisis, aunque mantienen la satisfacción o frustración de las mismas, el desarrollo o estancamiento, la plenitud o disminución humanas.

Maslow distingue dos categorías de necesidades: básicas e idiosincrásicas. Ambas son naturales, puesto que surgen de la naturaleza, las primeras de la específica y las segundas de la individualizada. Defiende que las básicas son también las superiores o meta-necesidades, puesto que el hombre aparte de las necesidades fisiológicas, tiene necesidad de seguridad, de afectividad...; pero también de libertad, de justicia... En una palabra, de dar sentido a su vida, de autorrealizarse. Junto a Erikson, conviene que estas necesidades básicas son compartidas por todos los hombres y se mantiene a lo largo de su vida, y al igual que las crisis pueden encontrarse en estado potencial o actual, activas o inactivas. Pero la aportación más característica de Maslow es determinar que las necesidades no aparecen todas al mismo tiempo, ni con la misma urgencia; se presentan de forma evolutiva, jerarquizada.

El último autor representativo de este modelo es Havighurst. Autor que se encuentra en medio del modelo motivacional de Huberman y el clínico de Erikson y Maslow.

Havighurst (Havighurst, 2003), distingue tres etapas en el desarrollo de la edad adulta. En cada una de las cuales el individuo ha de enfrentarse y superar una serie de problemas o dificultades que le permitirán avanzar en el desarrollo, madurez y plenitud personal, a! tiempo que se hace merecedor de la estima social. La no superación le llevará a un sentimiento de frustración, angustia y desaprobación social. Estas tres grandes etapas son:

- **Etapas de la juventud. (18-35 años)**

Los problemas a resolver en esta etapa son:

Búsqueda y selección de pareja,

Aprendizaje de la vida matrimonial,

Búsqueda y selección de una profesión que pueda desempeñar de forma digna y competente.

- **Edad madura (35-60 años)**

Es importante en esta etapa asumir y superar las responsabilidades y compromisos sociales tales como:

Establecer un nivel digno para la familia,

Ayudar a los hijos a convertirse en adultos libres y responsables,

Desarrollar provechosamente el tiempo libre,

Mantener relaciones positivas con su cónyuge,

Aceptar y adaptarse a los cambios biofisiológicos que se van experimentando, aceptar y adaptarse a los cambios de la edad de los padres y de los hijos.

- **Segunda madurez (65 años en adelante)**

Los problemas de esta etapa son:

Aceptación y adaptación a la jubilación y a la disminución de los ingresos, -aceptación de la muerte de conocidos y cónyuge,

Adhesión a los grupos de su edad,

Adaptación a una forma de vida que le permita hacer frente a las deficiencias físicas.

Estos estudios diferentes vienen a demostrar la correspondencia entre las tareas y los distintos niveles de edad.

## **2.2.3 LAS ENFERMEDADES CATATRÓFICAS**

### **2.2.3.1 Definición**

“Como una enfermedad aguda o prolongada, usualmente considerada como amenazante para la vida, o, con el riesgo de dejar discapacidad residual importante”. Facultad Nacional de Salud Pública” (CSPP, 2008)

Significa que la enfermedad catastrófica, a menudo conlleva trastornos psicosociales, que afectan de manera importante su evolución, porque altera el proceso de rehabilitación, los hábitos saludables y la calidad de vida, y limita la adherencia a los tratamientos.

Otra percepción de enfermedades catastróficas nos dice que: “El concepto de salud, es un concepto positivo; no sólo implica la ausencia de enfermedad, sino el funcionamiento óptimo del organismo que posibilite su máximo bienestar físico, psíquico y social, la autorrealización y felicidad del hombre”. Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Educación:

Existe un proceso salud-enfermedad, a lo largo del cual, se sitúa el individuo. El estado de salud de cada persona, se relaciona con esa situación de salud ideal u óptima, del extremo del proceso, que es la meta u objetivo, que debe procurar todo ser humano. Cuando mejor sea la salud de un hombre, podrá disfrutar de una vida más larga, rica y plena.

En Ecuador el Ministerio de Salud Pública, ha dado una definición de las enfermedades catatónicas, y dice que: “Se entiende como enfermedad catastrófica a los problemas de salud que cumplan con las siguientes características:

- a) Que impliquen un riesgo alto para la vida de la persona;
- b) Que sea una enfermedad crónica y por tanto su atención no sea emergente; c) que su tratamiento pueda ser programado; d) que el valor de su tratamiento mensual sea mayor a una canasta familiar vital publicada mensualmente por el INEC.

Como se puede apreciar, para que una enfermedad sea considerada catastrófica debe implicar un alto riesgo para la vida de la persona, ser crónica, tener un tratamiento programado, que el valor de su tratamiento mensual sobrepase el valor de la canasta familiar vital, en nuestro país existen al momento aproximadamente 150.000 personas que padecen de este tipo de enfermedades; es por esto que se les denomina catastróficas por su impacto económico para quienes las financian. Estas enfermedades configuran una encrucijada porque, de no asumir el Estado políticas adecuadas, generarán nuevas ineficiencias e inequidades. Esto es así ya que por una parte, los recursos financieros disponibles para salud podrían resultar asignados a gastos poco efectivos y por otra, el impacto financiero que las mismas implican para quienes la padecen, podrían excluir al paciente del tratamiento adecuado.

*Las enfermedades catastróficas de acuerdo al Ministerio de Salud del Ecuador son las siguientes:*

Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón y todo tipo de valvulopatías cardiacas.

Todo tipo de cáncer.

Tumor cerebral, en cualquier estadio, y de cualquier tipo.

Insuficiencia renal crónica.

Trasplante de órganos: riñón, hígado, médula ósea.

Secuelas de quemaduras graves.

Malformaciones arterio venosas cerebrales.

Síndrome de Klippel Trenaunay.

Aneurisma tóraco-abdominal.

### **2.2.3.2 Significado de las Enfermedades Catastróficas**

Las enfermedades catastróficas, constituyen un grupo de patologías que deben su nombre, a las consecuencias económicas

que acarrear a quienes las padecen y las financian. Más allá de su definición formal, estas enfermedades comparten ciertas características, que las diferencian del resto, y, exigen un abordaje especial. Sobre la base de la literatura especializada, a continuación se presentan las principales características de las enfermedades catastróficas que, en conjunto, dan cuenta del impacto económico negativo que provocan y demuestran, cómo afectan la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Tienen un alto costo

Desde una perspectiva epidemiológica, estas enfermedades no constituyen una prioridad debido a su baja prevalencia. Sin embargo, desde el punto de vista financiero, representan patologías cuyo tratamiento implica un desembolso monetario importante que excede el umbral considerado normal.

En este sentido, algunos las definieron como aquellas enfermedades, cuyo tratamiento involucra un costo directo igual o mayor al 40 % del ingreso del hogar

Esta definición fue tomada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y aplicada en varios estudios. Uno de ellos analiza encuestas nacionales de gastos de hogares, en 89 países, y concluye, que cerca de 150 millones de personas por año, sufren efectos catastróficos en los presupuestos de sus hogares por padecer enfermedades que requieren tratamientos costosos. De estos, alrededor de 100 millones cayeron debajo de la línea de la pobreza. Y dentro de estos últimos, 90 millones viven en países en vías de desarrollo. (MIES, 2012)

### **2.2.3.3 Presentan una curva de gasto diferente**

La evolución habitual, en el gasto generado por una persona, con una patología determinada, presenta el fenómeno de regresión a la media: se gasta más al comienzo y menos en los períodos subsiguientes. En el caso de las enfermedades catastróficas, la

evolución es sumamente lenta y su gasto suele mantenerse en el tiempo: este comportamiento se denomina “reversión lenta a la media”. Aunque estas enfermedades suelen requerir procedimientos altamente complejos para su diagnóstico o tratamiento, los medicamentos son el componente central, no solo por su alto costo, sino también por la cronicidad de su requerimiento.

Su financiación desde el presupuesto de los hogares no es sustentable.

Desde una perspectiva financiera, es impensable que ese gasto sea cubierto únicamente por los pacientes. Sin embargo, la utilización de otras fuentes de financiamiento pone en riesgo potencial la viabilidad financiera del sistema en su conjunto.

Se trata de un problema que afecta tanto a ricos como a pobres

Existe la equivocada creencia de considerar que estas enfermedades tienen una incidencia mayor en las sociedades más desarrolladas y, por contraste, menor prioridad en el interés público de los países en vías de desarrollo. Sin embargo, la evidencia recogida por los estudios transversales demuestra que los gastos de los hogares en salud son afectados en mayor medida por las enfermedades catastróficas en los países de menores ingresos que en los de mayores.

Dentro de los gastos catastróficos, el componente de mayor incidencia lo constituyen un grupo de medicamentos de alto costo. Su sola utilización transforma a una enfermedad en catastrófica. Configuran un mercado que crece en todo el mundo, en cantidad de productos, pero mucho más en facturación. Los precios medios de estos productos también tienden al alza y se registra una significativa inelasticidad precio en su demanda. Tales productos constituyen el talón de Aquiles de los sistemas de salud, ya que absorben porciones cada vez mayores de sus

recursos. Dentro de la función de producción de la salud, el peso de los medicamentos resulta cada vez mayor (Seoane, 2009). A esto se suma que en los países de menores ingresos, cerca del 75 % del gasto en salud es privado, y el 70 % de éste proviene de los hogares. (MIES, base de datos de beneficiarios de la red de protección social., 2012).

A su vez, dentro del gasto de los hogares, las tres cuartas partes se destinan a la adquisición de medicamentos. Estos constituyen un subconjunto de productos monopólicos para los cuales se agravan los problemas de acceso. Por estas características, este conjunto de enfermedades que involucran tratamientos de alto costo comienzan a influir en la sostenibilidad de los sistemas de salud. Su peso económico en crecimiento plantea la necesidad de políticas y estrategias para racionalizar la expansión de la cobertura, reducir la incertidumbre del resultado y disminuir la desigualdad en el acceso a los tratamientos.

## **2.2.4 DERECHOS FUNDAMENTALES DE LOS MAYORES ADULTOS DENTRO DEL ESTADO CONSTITUCIONAL.**

El envejecimiento es un fenómeno de tipo Universal, de la cual somos sensibles todos los individuos, familias y sociedades, ya que es una etapa de la vida en la cual, se necesita una visión intergeneracional, que esté apuntando a la búsqueda del bienestar, a lo largo de la vida, en el caso de Ecuador, se establece en la Constitución, que una persona se considera adulta mayor, cuando ha cumplido sesenta y cinco años de edad. Hay que tener en cuenta que el envejecimiento, es un fenómeno global que requiere de medidas y políticas nacionales, regionales, locales, etc., por lo que las personas adultas mayores deben tener la posibilidad de gozar de derechos, y libertades fundamentales que miren al pleno respeto de su dignidad, necesidades e intimidad, así como también, debe respetarse su derecho a

adoptar decisiones sobre la calidad y el rumbo de sus vidas. (Ecuador, 2008)

El proceso de envejecimiento individual y poblacional, demanda una serie de nuevas necesidades y posicionamientos políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, de género entre otros, que den respuesta a la vida, la salud y la dignidad del ser humano. “El proceso de envejecimiento demográfico involucra un cambio en la estructura por edades y, consecuentemente, en las relaciones cuantitativas entre los diversos grupos de población: específicamente, tiende a aumentar la proporción de personas de 60 años y más mientras disminuye la proporción de niños y adolescentes.

Estas personas, consideradas como grupos de atención prioritaria en la actual Constitución, deben tener derechos indispensables y necesarios para ellos, como el poder vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales, y, a sus capacidades en continuo cambio. Así mismo, una persona adulta mayor debe poder disfrutar de los cuidados y la protección de la comunidad y de su familia, de acuerdo con el desarrollo del sistema social, y sobretodo, tener acceso a servicios sociales y jurídicos, que les aseguren niveles de autonomía, protección y cuidado, además, deberán gozar de atención institucional que les brinde protección rehabilitación, estímulo mental, y también social que les permita desarrollarse en un entorno humano y seguro.

En nuestra Constitución, se ha dedicado toda una sección a los Adultos Mayores en las que se establecen sus derechos fundamentales, así el Artículo 35 de nuestra Constitución establece que las personas Adultas Mayores, así como otros grupos sociales, deberán recibir atención prioritaria y especializada en ámbitos públicas y privados, mientras que el Artículo 36 manifiesta que las personas Adultas Mayores recibirán atención prioritaria y especializada, en especial en los

campos de inclusión social y económica y también en la protección contra la violencia.

*En el Artículo 37 se habla ya, de los Derechos que el Estado garantiza a los Adultos Mayores, y, entre los más importantes tenemos:*

La atención gratuita y especializada de salud, y de la misma forma el acceso gratuito a la medicina.

Este es uno de sus derechos fundamentales más importantes, ya que se procura que tengan acceso a servicios de atención de salud, que les garantice recuperar un estado óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de las enfermedades.

Este numeral va de la mano con el artículo 10 letra k de la Ley del Anciano en la cual se determina que le corresponde a la Dirección Nacional de Gerontología. DINAGER- quienes serán los encargados de calificar y brindar los permisos respectivos de operaciones a las instituciones públicas y privadas que brinden atención a los adultos mayores.

### **2.24.1 Derechos que el Estado garantiza a los adultos mayores**

- El trabajo remunerado en función a sus capacidades, para lo cual tomara en cuenta sus limitaciones.
- La jubilación Universal.
- Rebajas en los servicios públicos, y en servicios privados de transporte y espectáculos.
- Exenciones en el régimen tributario.
- Exoneración del pago por costas notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
- El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

El Estado, por su parte trata también de generar políticas públicas y programas de atención a los adultos mayores, también tratan de fomentar el mayor grado posible de autonomía personal y participación en este tipo de políticas.

Uno de los principales objetivos de las políticas estatales que se ofrecen a los adultos mayores, y al envejecimiento en si por parte del ministerio de Bienestar Social es la de favorecer la permanencia de los adultos mayores en su ambiente de vida, por el mayor tiempo posibles a través de distintos apoyos tanto de los gobiernos de turno como de la comunidad.

Cabe destacar que en el ámbito internacional, los Principios de las Naciones Unidas señalan, que las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad, y verse libres de explotaciones y malos tratos físicos o mentales.

#### **2.2.4.2 De la salud**

Cuando hablamos de enfermedades en los adultos mayores, es un tema delicado, porque por lo general se tratan de enfermedades catastróficas, que pueden volverse irreversibles o en muchos de los casos se vuelven discapacidades, en donde el tema se complica aún más.

Una de las enfermedades con mayor frecuencia en los adultos mayores es el síndrome de Alzheimer, debido a que se trata de una enfermedad degenerativa y progresiva de la pérdida de la memoria.

La actual Constitución en el Artículo 38 Numeral 1, establece que el Estado tomará medidas para que los mayores adultos, tengan atención prioritaria en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, basados en un marco de protección integral de derechos, y se establece también la creación de centros de acogida para albergar a aquellos adultos mayores, que no puedan ser atendidos por sus

familiares o quienes no tengan como residir en forma permanente en algún lugar. El Geriatra, chileno Pedro Paulo Marín manifiesta al respecto que “hoy en día el gran énfasis de la Geriátría más que aumentar la sobrevida del ser humano que se estima alrededor de 120 años, está en recalcar que se envejece como se ha vivido: hay una responsabilidad personal, que va a incidir en la calidad de nuestros años de vejez”.

### **2.2.4.3 Atención hospitalaria a los adultos mayores.**

Como habíamos mencionado anteriormente, en nuestro país se considera que se llega a ser adulto mayor, a los sesenta y cinco años de edad en los cuales, el envejecimiento es algo cada vez más evidente, y, en concordancia con esto el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, distingue algunas categorías del adulto mayor tales como:

Adulto mayor sano: persona de más de sesenta y cinco años de edad que no presenta ningún tipo de problemas funcionales, ni tampoco mentales, mucho menos sociales.

Adulto mayor enfermo: Son aquellas personas que presentan algún tipo de enfermedad, ya sea aguda o crónica, pero que no cumplen criterios de fragilidad. Adulto mayor inmovilizado: es la persona que permanece el mayor tiempo en la cama, y que necesitan ayuda de otra persona para poder movilizarse.

Adulto mayor frágil o de alto riesgo, es aquella persona dentro de los factores que determinan fragilidad, se puede apreciar a los mayores de setenta y cinco años, que presentan casos de pluripatología, Polifarmacia, trastornos cognitivos, viven solos lo cual se acentúan en caso de pobreza, etc.

Es necesario que, cuando se trate del adulto mayor se haga esta clasificación para poder hacer una valoración de salud, y

también, para que se lleven a cabo los programas estatales dirigidos para este grupo.

El paciente geriátrico, a más de la enfermedad o síntomas que presenta, está en un estado de desventaja debido al envejecimiento, lo cual genera un desgaste fisiológico, así como la funcionalidad de sus órganos y sistemas, también disminuye la reserva funcional y alteración del equilibrio del organismo; esto hace que se aumente la vulnerabilidad ante situaciones de stress o enfermedad, y, en la forma como se presenta en este tipo de pacientes, es necesario que se haga una modificación en los modelos de valoración clínica o biológica que los utilizados de forma tradicional sin hacer una distinción real de la edad. (Ecuador, Ley Orgánica de Discapacidades , 2012)

Es importante mencionar también que, el adulto mayor presenta una serie de cambios en sus aparatos y sistemas, así por ejemplo en el aparato osteoauricular se encuentra un deterioro en el cartílago auricular que provoca alteraciones de las superficies óseas y artrosis degenerativa, también en el sistema nervioso en cuanto al peso del cerebro en esencia no cambia pero lo que si se altera con la edad es que se disminuye la corriente sanguínea cerebral, se reduce la velocidad de conducción de los nervios motores y de los sensitivos, así también los niveles del sueño se hacen menos prominentes y los lapsos de vigilia son breves y va desapareciendo el reflejo de la sed entre muchos otros síntomas que son causados por la edad. sin embargo todos estos cambios son totalmente normales, y van a ocurrir en todas las personas, por lo que la valoración que se le haga al adulto mayor debe ser integral, de forma exhaustiva, se debería hacer un diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, que nos permita identificar y poder cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y también los sociales que un anciano pueda presentar, para desarrollar un plan de tratamiento y que permita también la óptima utilización de recursos, para afrontar estos problemas.

Es importante mencionar también que en el Artículo N. 2 de la Ley del Anciano señala que: "El objetivo fundamental de esta Ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los indicios sociales necesarios para la existencia útil y decorosa", por lo que el Estado está velando en todo momento por la salud física y mental de los mayores adultos, tratando de garantizarlo en leyes generales como la Constitución y también en las secundarias como es la Ley del Anciano.

Por otro lado la Constitución hace énfasis en el Artículo 36 numeral 1 "La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a las medicinas", esto si bien está garantizado sería necesario hacer un análisis si en verdad se lo cumple a cabalidad.

### **2.2.5 ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS, RARAS O HUÉRFANAS SEGÚN LA LEY ORGANICA DE SALUD DEL ECUADOR.**

La Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica de Salud, Ley 67, para incluir el Tratamiento de las Enfermedades Raras o Huérfanas y Catastróficas, publicada en el Registro Oficial del 24 de Enero de 2012 establece que "... El Estado ecuatoriano reconocerá de interés nacional a las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas; y, a través de la autoridad sanitaria nacional, implementará las acciones necesarias para la atención en salud de las y los enfermos que las padezcan, con el fin de mejorar su calidad y expectativa de vida, bajo los principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad y calidez; y, estándares de calidad, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, habilitación y curación.

Además, determina que las personas que sufran estas enfermedades, serán consideradas en condiciones de doble vulnerabilidad. La definición está circunscrita en el artículo 4 del citado instrumento legal, así, se considera:

**2.2.5.1 Enfermedad Catastrófica.-** Es aquella que cumple con las siguientes características (Asamblea Nacional, Reforma a la Ley Orgánica de Salud, 2012):

Que implique un alto riesgo para la vida de la persona;

Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente; y, Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria.” Enfermedades Raras y Huérfanas: Las enfermedades raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad. (Ecuador, LEy orgánica reformatoria a la Ley orgánica de Salud, para incluir el tratamiento de las enfermedades raras o huérfanas y cataaatóficas., 2012)

También el programa de Protección Social PPS, creado en el año 2008 y que en la actualidad bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, tiene la responsabilidad de cubrir los tratamientos de enfermedades catastróficas, dentro de las que se encuentran las siguientes. Reunión Ordinaria del Consejo Sectorial de Política Social. (Ecuador, Ley Orgánica reformatoria a la Ley Orgánica de Salud. Ely 67, para incluir del Tratamiento de las enfermedades Rarar o Huérfanas y catastróficas. (Articulo4), 2012)

<b>PARA EL SUBCOMPONENTE DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	
<b>a</b>	Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón. Todo tipo de valvulopatías cardíacas.
<b>b</b>	Todo tipo de cáncer
<b>c</b>	Tumor cerebral el cualquier estadio y de cualquier tipo
<b>d</b>	Insuficiencia renal crónica
<b>f</b>	Trasplante de órganos: riñón; hígado, medula ósea.
<b>g</b>	Malformaciones arterio –venosas cerebrales
<b>h</b>	Aneurismas toracoabdominales
<b>PARA EL SUBCOMPONENTE DE DISCAPACIDADES</b>	
<b>a</b>	Prótesis externas de miembros superiores e inferiores
<b>b</b>	Implantes cocleares
<b>c</b>	Ortesis

### **2.2.5.2 Trastornos que presentan los pacientes con enfermedades catastróficas.**

Desde el punto de vista psicológico, las manifestaciones psicológicas frecuentes en los pacientes con enfermedades catastróficas son las siguientes:

Los trastornos psicóticos, “son trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales”. (Homburger, 1998) Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad. Dos de los síntomas principales son delirios y alucinaciones. Los delirios son falsas creencias, tales como la idea de que alguien está en su contra o que la televisión le envía mensajes secretos. Las alucinaciones son percepciones falsas, como escuchar, ver o sentir algo que no existe. La esquizofrenia es un tipo de trastorno psicótico.

Los síntomas psicológicos más frecuentes son: ideas delirantes, alucinaciones, errores de identificación, ansiedad, depresión, apatía. Los síntomas conductuales más frecuentes son: deambulación errática, agitación-agresividad, reacciones catastróficas, desinhibición, quejas, negativismo, intrusividad y trastornos del comportamiento alimentario y sexual.

El concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos (esfera de los sentimientos o emociones, como tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), aunque, en mayor o menor grado, siempre están presentes síntomas de tipo cognitivo e incluso somático. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

La ansiedad puede definirse como “una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento desagradable y/o síntomas físicos de tensión”. (Lombardo., 2008) Se puede decir que la ansiedad es una señal de alerta o alarma, que advierte sobre un peligro inminente y que permite a la persona tomar las medidas necesarias para enfrentarse a esa amenaza.

La ansiedad, entendida como una sensación o estado emocional normal ante determinadas situaciones o como respuesta a diferentes situaciones cotidianas, no sólo es normal sino que es

incluso deseable para el manejo de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando se excede en intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando pasa de algo “normal” a “patológico”, provocando en la persona que la padece malestar significativo con repercusión tanto en el aspecto físico como psicológico y conductual.

La agresividad o comportamiento agresivo puede aparecer en cualquier momento y cuando menos se espera. La persona con demencia puede reaccionar de manera agresiva en cosas que pueden resultar insignificantes para la familia, y puede percibir una amenaza o peligro donde no existe. Estas reacciones de agresividad, verbal o física, pueden ser “su respuesta” o “su forma de defenderse” ante distintas situaciones:

Por qué está cansado.

Porque le duele algo pero no sabe qué o no puede ya decirlo.

Porque el cuidador insiste o le exige que haga algo que no quiere hacer, o que ya no puede hacer o no sabe hacerlo.

Porque tiene miedo al no reconocer el sitio en el que está o no poder reconocer a la gente que le rodea.

Si hay muchas personas alrededor, el enfermo puede sentirse agobiado y desorientado, o si hay mucho ruido y confusión a su alrededor.

Como forma de expresar la frustración por no comprender lo que está sucediendo, por no poder recordar cómo hacer las cosas, por no lograr poder expresar sus emociones o sentimientos.

Como forma de expresar la frustración al tener que recibir ayuda para hacer las cosas. Una persona con demencia puede sentirse humillada y frustrada al tener que recibir ayuda en actividades básicas como el aseo, ya que esto significa perder

su independencia y se vulnera su intimidad, y pueden reaccionar ante esta ayuda con agresividad.

Como respuesta a la ansiedad o angustia. Como respuesta ante un delirio o una alucinación. Los trastornos del sueño son muy frecuentes en los enfermos con enfermedad de Alzheimer. En ocasiones las personas con demencia duermen durante el día, lo que influye en la menor necesidad de sueño nocturno. También puede suceder que estén poco activas durante el día y lleguen poco cansadas a la cama. Muchas veces al trastorno del sueño se une a la desorientación general del enfermo, y particularmente a la desorientación en el tiempo, provocando situaciones complejas. Se despiertan sin tener conciencia de la hora o del lugar en que se hallan. Las alteraciones del sueño pueden adquirir distintas formas. Muchos enfermos están intranquilos nerviosos, se despiertan frecuentemente, quieren ir al lavabo, se desorientan y se pierden en casa. Pueden levantarse y vestirse con el objetivo de ir a trabajar o hacer alguna cosa en particular (cocinar o ir a pagar un recibo, por ejemplo). En ocasiones se duermen fácilmente pero se despiertan muy temprano.

### **2.2.5.3 Prevalencia de una enfermedad catastrófica**

Las enfermedades catastróficas, por lo general son letales para la persona que lo padece, estas generalmente son crónicas, se dividen en genéticas, accidentales o adquiridas. Su tratamiento es costoso tanto para las instituciones privadas, pre-pagadas como las públicas o regentadas por el estado, su complejidad en los costos y los tratamientos generan una serie de cuadros Psicológicos en los pacientes como en sus familias por las pocas posibilidades de recuperación. Los costos de mantenimiento, sean estos en hospitales públicos, privados o regentados por IESS, son altos en relación a los ingresos de la mayoría de estos pacientes, este cuadro psicosocial va trastornando a la persona que sufre la enfermedad y sus familias, con estados depresivos y de ansiedad que en muchas ocasiones pueden determinar una serie de acciones, como el suicidio o en el caso de las familias abandonar a su familiar a la “ suerte de creencias religiosas “ o abandonarlos en los centros hospitalarios.

### **2.2.5.4 Factores de riesgo de la enfermedad catastrófica**

Uno de los más altos índices de los trastornos psicológicos en los pacientes de enfermedades catastróficas son: LA DEPRESION Y LOS ESTADOS DE ANSIEDAD, estas patologías psicológicas, están presente por lo general, en personas que con enfermedades degenerativas como el caso de la diabetes, la misma que en su desarrollo va generando una serie de estados físicos del paciente diabético como la perdida visual, las alteraciones renales, la amputación de los miembros inferiores, que causan un trastorno a la calidad de vida de este tipo de pacientes, por ello, en las clínicas privadas en donde se realizan las diálisis a los enfermos renales, existe todo un programa de asistencia psicológica, que permite controlar estos estados depresivos y de ansiedad, las charlas con él o la Psicóloga ayuda a entender la enfermedad aceptar el tratamiento, a controlar su alimentación, en mucho de

los casos estos pacientes, abandonan los tratamientos producto de estado depresivo que los lleva a la muerte o un suicidio enmascarado.

En el caso de los pacientes con cáncer, es muy importante el tratamiento psicológico, muchos de estos enfermos al momento de conocer su estado de salud, entran en etapas depresivas, por lo general, es muy difícil su diagnóstico, por lo que se enmascara con las patologías de la misma enfermedad, la condición mental es muy peligrosa, porque creen que la muerte es inminente. Su vida familiar y social se agudiza abandonando sus actividades cotidianas, en estos casos las charlas y tratamientos psicológicos son importantes para entender la enfermedad que sufren, para aceptar los tratamientos a pesar que en muchas ocasiones esta deteriora su condición física con la pérdida del cabello. En el Hospital de SOLCA de Portoviejo, existe los profesionales en Psicología que atienden diariamente a las personas internadas en la institución, las estadísticas de la institución muestran que lo que más prevalece son los trastornos depresivos y ansiosos, este último por conocer cuando sale de ese cuadro clínico, cuando se recupera, esto por lo general afecta a la población joven y adulta al creer que no pueden seguir continuando con su vida diaria y no alcanzar las metas propuestas, por lo general recaen en pérdida de sueño, pérdida de apetito, fatiga constante; por ello importante la entrevista clínica tanto con el paciente como con sus familias, las normas establecidas por el DSM4, para diagnosticar la depresión, pueden convertirse en una guía en comparación con la entrevista clínica que debe ser preponderante en estos casos.

Los enfermos con Cáncer o Sida en etapa terminal, por su complejidad de su estado físico, no es fácil el diagnóstico por las mismas enfermedades en la que los pacientes sufren, a pesar de ello, es necesario el tratamiento psicológico; muchos de estos enfermos son personas jóvenes que se alteró su vida psicosocial

de manera precipitada al conocer que su estado físico puede derivar en la muerte en contados meses, tiempo en el cual es difícil determinar, si sus estados depresivos agudizan su estado físico. Es necesario la entrevista clínica con el paciente, y ante todo su familia que al fallecer el paciente causa un estado de duelo que debe ser controlado, atendido como preventivo en especial, si existen niños y jóvenes hijos de los pacientes.

### **2.2.5.5 Utilización del riesgo**

Los pacientes y su núcleo familiar, son los más afectados en este tipo de enfermedades, su condición psicológica siempre se verá afectado, al conocer el diagnóstico del paciente, en el caso de los enfermos de cáncer dentro del tratamiento psicológico hacia las familias debe preponderar el chequeo médico preventivo; esta enfermedad detectada a tiempo, tiene un alto índice de recuperación y en muchos casos de curarse; transmitir el cómo y por qué deben asistir a los centros de salud, y comunicar al médico tratante la existencia de un familiar, padre, madre, abuelos, tíos que sufrieron o sufren esta enfermedad, para que el galeno pueda proyectar un diagnóstico preventivo al cáncer.

En el caso de los enfermos diabéticos, renales o con Sida el psicólogo en el tratamiento con las familias, debe considerar la utilización de estas afecciones, para señalar un proceso preventivo y cuidados en la forma de alimentación, en definitiva, ir creando una condicionante psicológica, para que los familiares del paciente comprendan la necesidad de los cuidados preventivos de la enfermedad. En el caso del Sida la situación es mucho mayor porque esta puede haber afectado a más personas del núcleo familiar, que pueden derivar en la ruptura de la vida conyugal, divorcios, separaciones o alejamientos, por el temor a ser contagiados; ya en la actualidad, la población conoce que el sida no se contagia por el mero hecho de estar cerca al paciente pero esa realidad no está psicológicamente aceptada en los

familiares cercanos del paciente; por ello, es importante las charlas psicológicas a los familiares, tratar de evitar el rompimiento del núcleo familiar, y evitar el abandono de estos pacientes en los distintos hospitales; hacerles conocer que la aceptación del paciente con su enfermedad y mejorar su calidad de vida es que el conozca que su círculo familiar ha aceptado esta realidad. Para ello es importante el conocimiento y autorización de la persona con este tipo de enfermedad, todo esto conlleva a que la asistencia psicológica tenga mejores resultados.

## **2.2.6 TRASTORNO DEPRESIVO**

Ya señalamos brevemente las condiciones del estado depresivo en pacientes con enfermedades catastróficas, la depresión en sí es un trastorno en que las personas caen producto de una condicionante de vida, pueden ser estos de carácter psicosociales, como la quiebra económica, la pérdida de un familiar, separaciones conyugales, pérdidas académicas, discapacidad física o conocer que su salud está deteriorándose por tal o cual enfermedad o muchas más razones que la entrevista clínica con este tipo de pacientes determina, su índice de prevalencia en los sistemas de salud es variable, pero oscila entre el cinco al cuarenta por ciento, el riesgo en pacientes jóvenes y adultos es mayor, y en el caso de las familias que tienen un niño enfermo con enfermedades crónicas, catastróficas o terminales, es altamente riesgoso en especial para los familiares cercanos, padres, madres y hermanos. La condición de tristeza y duelo determinantes en las personas depresivas, aumenta considerablemente cuando hubieren conocido los resultados de los diagnósticos clínicos, que determinan su estado de salud, afrontar esa realidad de por sí es difícil, y, hay que controlar psicológicamente, evitando que tomen decisiones peligrosas.

### **2.2.6.1 Como se desarrolla la depresión en pacientes con enfermedades catastróficas**

En la mayoría de los casos de pacientes con enfermedades catastróficas, los problemas emocionales son frecuentes, como en el caso del diagnóstico de problemas de cáncer, en la mayoría de los enfermos, la adaptación a este tipo de problemas es alto en comparación con el porcentaje de personas que se generan una serie de trastornos de carácter psicológico, y por lo general, desarrollan una serie de etapas, que en muchos casos requieren la atención con fármacos, para controlarlos.

En el caso de la depresión, es muy importante la entrevista clínica, o un exhaustivo análisis físico, sólo a través de ella, se puede conseguir un diagnóstico real de la enfermedad, en muchos casos, podría estar relacionada en si la enfermedad catastrófica en especial, a los enfermos de cáncer, o a los fármacos utilizados para combatir este tipo de enfermedad, uno de los antecedentes más visibles, son la pérdida de sueño o la fatiga en los pacientes, en muchos casos se presenta la anorexia, pero puede también ser un efecto de los medicamentos por ello:

“El diagnóstico se realiza siguiendo los criterios de DSM IV, sin embargo, algunos síntomas pueden perder validez por ser poco específico en esta población. Dentro del proceso de tamizaje y diagnóstico, algunas escalas como el prime md (sigue los criterios del DSM IV), y el HADS, (Mide ansiedad, depresión, estrés global), pueden ofrecer un parámetro objetivo, para su seguimiento.” \*

## **2.2.7 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESION**

Entre los factores que incrementan el riesgo de la depresión, están los factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos.

En los personales de destaca la pobreza, la enfermedades crónicas, físicas y mentales; también, la relación entre el consumo de alcohol y el tabaco. También se pueden incorporar las circunstancias laborales, ya que el desempleo y la discapacidad presentan mayor porcentaje de depresión.

Las personas que han tenido familiares depresivos, constituye un grupo de alto riesgo, no sólo para la depresión, sino para otro tipo de enfermedades psiquiátricas.

### **2.2.7.1 Definición y prevalencia de la depresión en pacientes con enfermedades catastróficas**

En los últimos años, investigaciones realizadas han demostrado que las alteraciones físicas en el cuerpo pueden estar influyendo en los cambios mentales. En tal sentido, enfermedades catastróficas como apoplejía, ataque cardíaco, cáncer, VIH/SIDA, mal de Parkinson y trastornos hormonales, pueden incrementar el riesgo de depresión. Se sabe, que el dolor crónico está asociado con la depresión.

### **2.2.7.2 Síndrome de la depresión**

No todas las personas con un trastorno depresivo, experimentan todos los síntomas. El número y la gravedad de los síntomas, pueden variar entre los individuos y también en el tiempo. Además, los hombres y las mujeres pueden experimentar la depresión de manera diferente. Los síntomas de la depresión, Según Silva, (D., 2011) incluyen:

- Tristeza persistente ansiedad, o, del estado de ánimo, "vacío"
- Sentimientos de desesperanza, pesimismo
- Sentimientos de culpa, inutilidad, desamparo
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos, y actividades que antes eran disfrutaba, incluyendo el sexo
- Disminución de energía, fatiga, siendo "más lento"
- Dificultad para concentrarse, recordar, tomar decisiones
- Dificultad para dormir, despertarse en la madrugada o dormir demasiado
- Apetito y / o cambios de peso
- Pensamientos de muerte o suicidio, o intentos de suicidio
- Inquietud, irritabilidad

*Síntomas físicos persistentes, tales como:* dolores de cabeza, trastornos digestivos y dolor crónico, que no responden al tratamiento habitual.

### **2.2.7.3 Tratamiento del trastorno depresivo.**

Más del 80 por ciento de las personas con trastornos depresivos, mejoran cuando reciben tratamiento adecuado. (F.R., 2010) El primer paso para obtener el tratamiento, es un examen físico por un médico, para descartar otras causas posibles de los síntomas; a continuación, el médico debe realizar una evaluación de diagnóstico para la depresión o referir al paciente a un profesional de salud mental para esta evaluación.

La elección del tratamiento, dependerá del diagnóstico del paciente, la gravedad de los síntomas, y la preferencia. Una variedad de tratamientos, incluyendo medicamentos y

psicoterapias a corto plazo, (es decir, "parlantes" terapias), han demostrado ser eficaces para la depresión. En enfermedades depresivas generales, graves, en particular los que son recurrentes, se requerirá una combinación de tratamientos para el mejor resultado. Por lo general, toma un par de semanas de tratamiento, antes de que se produzca el efecto terapéutico completo. Una vez que la persona se sienta mejor, es posible que el tratamiento deba continuar durante varios meses, y en algunos casos, de forma indefinida, para evitar una recaída en la depresión.

## **2.2.8 FACTORES DE RIESGO DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CATASTROFICAS**

### **2.2.8.1 La Ansiedad**

La ansiedad es un trastorno que puede ser cognitivo o sintomático, la más común es la sintomática, y está determinada por la pérdida de sueño, taquicardias, diarreas, náuseas, vómito, disnea, diaforesis, también se presenta con etapas de irritabilidad o hiperactividad, en algunos casos también presentan disminución sexual.

### **2.2.8.2 Causas de la ansiedad**

La ansiedad puede presentarse como un episodio anticipado, al conocimiento de los resultados, algún tipo de diagnósticos o de índole económico o social, en el caso de pacientes con cáncer o VIH Sida su desesperación por conocer si tiene o no la enfermedad genera en el paciente una serie de etapas que pueden trastornar al paciente gravemente, de acuerdo a los estudios realizados, la prevalencia de este tipo de enfermedad, en el caso de pacientes con cáncer es del veintiuno por ciento.

Los pacientes con este tipo de trastornos, pueden generar una serie de etapas complejas, al anticiparse a los resultados de la evolución de la enfermedad, en muchos casos puede generar la

muerte, o el consumo de ciertos medicamentos sin control o manejo inadecuado, esteroides, broncodilatadores o estimulantes, en otros casos pueden ser la supresión de drogas, alcohol, existen también las condiciones pato fisiológicas, como las cardiorrespiratorias, hipoglucemia, hipotiroidismo, sepsis.

### **2.2.8.3 La ansiedad y los trastornos de sueño**

Los trastornos del sueño se caracterizan por patrones de sueño anormales, que interfieren con el funcionamiento físico, mental y emocional. El estrés o la ansiedad, pueden causar una noche seria sin dormir, al igual que una variedad de otros problemas.

El insomnio es el término clínico para las personas que tienen problemas para conciliar el sueño, dificultad para mantener el sueño, despertarse demasiado temprano en la mañana, o despertarse sin sentirse descansado.

Otros trastornos comunes del sueño incluyen la apnea del sueño (ronquidos fuertes causada por una obstrucción de las vías respiratorias), el sonambulismo, y la narcolepsia (quedarse dormido de forma espontánea). Síndrome de piernas inquietas y bruxismo (rechinar de los dientes durante el sueño) son condiciones que también pueden contribuir a los trastornos del sueño.

### **2.2.8.4 Prevalencia de la ansiedad y los trastornos de sueño en los pacientes de enfermedades catastróficas en el mundo**

*Trastorno de ansiedad o trastorno de sueño: ¿Qué es lo primero?*

Cualquiera de los dos. La ansiedad provoca problemas para dormir, y nuevas investigaciones sugieren la falta de sueño puede causar un trastorno de ansiedad.

La investigación también muestra que alguna forma de interrupción del sueño está presente en casi todos los trastornos psiquiátricos. Los estudios también muestran que las personas con insomnio crónico tienen un alto riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad.

### **2.2.8.5 Prevalencia de la ansiedad en los pacientes con enfermedades catastróficas en Latinoamérica**

La ansiedad que origina la enfermedad, obedece a las experiencias rigurosas que haya tenido anteriormente y de las molestias que experimente así como de las características de su personalidad, manifestando intranquilidad, desesperación que implica en la disminución de su apetito, en el sueño, sus quejas frecuentes.

## **2.2 MARCO CONCEPTUAL**

**Alzheimer.-** Se trata de una enfermedad degenerativa y progresiva de la pérdida de la memoria.

**Ansiedad.-** Es un trastorno que puede ser cognitivo o sintomático.

**Depresión.-** Es una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento desagradable y/o síntomas físicos de tensión.

**Enfermedad catastrófica.-** Se define como “Como una enfermedad aguda o prolongada, usualmente considerada como amenazante para la vida, o, con el riesgo de dejar discapacidad residual importante”

**Insomnio.-** Término clínico para las personas que tienen problemas para conciliar el sueño o dificultad para mantenerlo.

**Salud mental.-** Es el estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su medio, de manera creativa, propiciando su crecimiento y bienestar individual, y el de su ambiente social cercano y lejano, buscando mejorar las condiciones de la vida de la población conforme a sus particularidades

**Trastorno depresivo.-** Es un trastorno en que la persona cae producto de una condicionante de vida.

## **2.3 MARCO LEGAL**

### **CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR 2008**

#### **TITULO II**

#### **DERECHOS**

##### Capítulo segundo

##### Derechos del Buen vivir

##### Sección séptima

Art. 32.-La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos, el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y, el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas,

acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

## **TITULO VII**

### **RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR**

#### Capítulo primero

#### Inclusión y Equidad

#### Sección Segunda

### **SALUD**

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

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 361.-El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

## **PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR 2009-2013**

Objetivo 3.- Mejorar la calidad de vida de la población.

Política 3.2 Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.

Política 3.3 Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad. Política 3.4 Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar comunitario e intercultural.

## **LEY ORGÁNICA DE SALUD**

### **Título Preliminar Capítulo II**

De la autoridad sanitaria nacional, sus competencias y responsabilidades

Art.4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Art.6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información.

## **TITULO II**

### **Prevención y control de enfermedades**

#### **CAPITULO II**

##### **De las enfermedades transmisibles**

Art.62.-La autoridad sanitaria nacional elaborará las normas, protocolos y procedimientos que deben ser obligatoriamente cumplidos y utilizados para la vigilancia epidemiológica y el control de las enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes de notificación obligatoria, incluyendo las de transmisión sexual.

Art.64.-En casos de sospecha o diagnóstico de la existencia de enfermedades transmisibles, el personal de salud está obligado a tomar las medidas de bioseguridad y otras necesarias para evitar la transmisión y de conformidad con las disposiciones establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Art.66.-Las personas naturales y jurídicas, nacionales y extranjeras, que se encuentren en territorio ecuatoriano deben cumplir las disposiciones reglamentarias que el gobierno dicte y las medidas que la autoridad sanitaria nacional disponga de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional, los convenios internacionales suscritos y ratificados por el país, a fin de prevenir y evitar la propagación internacional de enfermedades transmisibles.

## **2.4 ELABORACION DE HIPOTESIS.**

La prevalencia de alteraciones en la salud mental de pacientes con enfermedades catastróficas es alta en las zonas rurales

## **2.5 VARIABLES DE LA INVESTIGACION**

### **2.6.1 VARIABLE DEPENDIENTE**

Enfermedades catastróficas

### **2.6.2 VARIABLES INDEPENDIENTES**

Epidemiología de la salud mental

### **2.6.3 VARIABLES INTERVINIENTES**

Factores de riesgo: edad, género, ocupación, procedencia, escolaridad

## 2.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
<p><b>Independiente</b></p> <p><b>Epidemiología de la salud Mental</b></p> <p><b>Dependiente</b></p> <p><b>Enfermedades Catastróficas</b></p>	<p>Estudio de la distribución y determinantes de enfermedades en poblaciones humanas</p> <p>La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades</p> <p>Son aquellas en las que los pacientes necesitan tratamientos continuos, son casi siempre devastadoras e incurables, tienen un alto impacto económico, cuyos resultados pueden llegar a la deficiencia,</p>	<p>En las Américas los trastornos mentales representan el 22,4% de la carga general de enfermedad junto con otros problemas psicosociales.</p> <p>Es la manera como cada uno de nosotros nos relacionamos con otros en el seno de la familia, en la escuela, en el trabajo, en las actividades recreativas, en el contacto diario con nuestros iguales y, en general, en la comunidad.</p> <p>La evolución es extremadamente lenta hasta adaptarse y aceptar su limitación dentro de su estilo de vida posterior.</p>	<p>Datos recientes demuestran que la mayoría de los trastornos mentales severos comienzan durante la niñez y la adolescencia</p> <p>Características de las personas mentalmente sanas</p> <p>Están satisfechas consigo mismo</p> <p>Se sienten bien con los demás</p> <p>Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta.</p> <p>Se clasifican en:</p>	<p>Se estima que 30% de las personas mayores de 65 años padecen de depresión</p> <p>Pueden aceptar sin alterarse las decepciones de la vida</p> <p>Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas.</p> <p>Aceptan sus responsabilidades.</p> <p>Necesitan de terapia intensiva y son las quemaduras, infartos cerebrales y cardíacos, accidentes graves, derrames cerebrales, cáncer, traumatismos craneoencefáli</p>



## 3. METODOLOGIA

### 3.1 TIPO DE INVESTIGACION

Se realizó una investigación de tipo: Descriptiva y Retrospectiva.

**Descriptiva.-** Tiene el propósito específico de explicar un fenómeno especificando las propiedades del mismo, a partir de mediciones precisas de variables o eventos sin llegar a definir cómo se relacionan éstos. Requiere de considerables conocimientos en el área que se investiga. En este caso acerca de las enfermedades catastróficas y la epidemiología de la salud mental.

**Retrospectiva.-** Porque en ella se determinan relaciones entre variables que se presentan en hechos ya ocurridos, sin deducir relaciones causales. En estos estudios se define una variable objetivo y se intenta relacionar con variables que pudieron afectarla. La presente investigación, está basada específicamente en la revisión de HC y registros de los pacientes con enfermedades catastróficas o crónicas, y la epidemiología de la salud mental, atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda de la Ciudad de Portoviejo, en los años 2010-2011

### 3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

**No experimental.-** Porque las variables no serán manipuladas por el investigador.

### 3.3 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

**Teóricos.-** Estos métodos se utilizaron para la construcción y desarrollo de la teoría científica y de esta forma introducirse en

problema científico que se aborda. Se aplicaron los siguientes métodos (Gonzales, Báez, García, & Ruiz, 2012)

**Inductivo - deductivo:** al abordar los resultados obtenidos de los estudios bibliográficos y documentales que se realizaron, se logró el desarrollo de la investigación propuesta, con lo cual se fueron desarrollando los aspectos básicos de la estructuración del cuerpo de la tesis, que se hizo realidad con el diagnóstico de la enfermedad propuesta, así como la identificación de los diferentes factores de riesgo especialmente los considerados más importantes en los neonatos afectados y la conducta y evolución de los pacientes atendidos durante este trabajo de investigación.

**Analítico - sintético:** este método está presente a lo largo de toda la investigación, lo que ha permitido diagnosticar y sintetizar el presente estudio, siendo utilizado desde la revisión bibliografía y documental del presente trabajo, hasta la formulación de los aspectos teóricos básicos sobre el tema abordado.

**Método del tránsito de lo abstracto a lo concreto:** en el presente trabajo de investigación los aspectos parciales y los elementos individuales relacionados entre sí se dirigen al ascenso de lo concreto.

**Modelación:** debido a que por el motivo que como resultado principal de las actividades de investigación se realizan propuestas que sirven de base para el desarrollo de nuevas acciones de investigación que pueden contribuir a mejorar la prevención, el diagnóstico, el control y la disminución de los efectos dañinos causados por la salud mental como enfermedad catastrófica, esta patología es de amplia distribución mundial y de muy elevada prevalencia.

**Histórico - Lógico:** este método está dado porque se inicia de una revisión exhaustiva de la evolución en el conocimiento que

han tenido la epidemiología de la salud mental en las enfermedades catastróficas en los pacientes atendidos en el Hospital Verdi Cevallos. Portoviejo. Periodo. 2010-2012

**Revisión de la documentación:** fue meticulosa, en referencia a la importancia, repercusión, y magnitud de la situación a nivel mundial de la salud mental como enfermedad catastrófica que se investigó y el interés que significa lograr conseguir una mejor calidad de vida y disminuir los efectos dañinos que las mismas provocan.

### **Métodos Estadísticos:**

Cumplen una función de mucha importancia en la presente investigación ya que contribuyen a la elaboración, tabulación, procesamiento y análisis de los datos obtenidos.

## **3.4 UNIVERSO Y MUESTRA**

### **3.4.1 UNIVERSO**

Todos los pacientes atendidos durante el periodo de estudio.

### **3.4.2 MUESTRA**

La muestra escogida fue de 9 pacientes para realizar la investigación luego de definir los criterios de inclusión y exclusión.

## **3.5 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN**

### **3.5.1 Criterios de Inclusión**

Todos los pacientes menores de 65 años

Todos los pacientes atendidos durante el periodo de estudio

Todos los pacientes con información completa dentro de la HC

### **3.5.2 Criterios de Exclusión**

Pacientes mayores de 6 años

Pacientes atendidos fuera del periodo de estudio

Pacientes con información incompleta

## **3.6 RECURSOS EMPLEADOS**

### **3.6.1 TALENTO HUMANO**

**Maestrante:** Psicóloga Clínica Mariela García

**Tutor:** Dr. Jhonny Merchán Quiñonez

Medico

Abogado

Investigador

### **3.6.2 RECURSOS MATERIALES**

Historias clínicas

Baterías de test

Fotografías

Videos

Estadísticas

Censos

Entrevistas

Computadora Laptops

Proyector

Materiales de oficina

### 3.4 ANALISIS DE LOS RESULTADOS

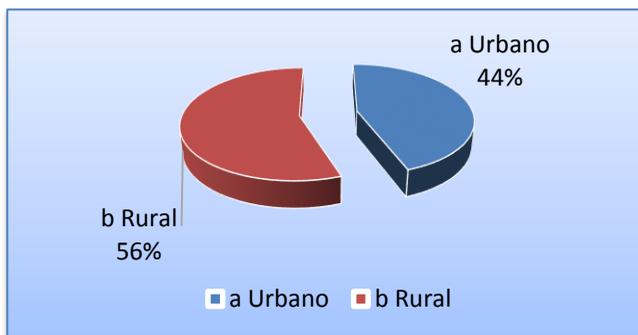
Cuadro N° 1

69 le residencia de los pacientes atendidos en el Hospital evallos. Durante el período 2010-2011

ORDEN	ALTERNATIVAS	F	%
a	Urbano	4	44
b	Rural	5	56
	<b>Total</b>	9	100

Elaboración: Investigadora  
Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda

Gráfico N° 1



**Cuadro y Gráfico N°1.** Sobre la situación de residencia, se obtuvo los siguientes resultados; el 44% de los pacientes provienen del sector urbano; el 56% en cambio proceden del sector rural.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de pacientes que son atendido en el Hospital Luis Verdi Cevallos, viven en el sector rural.

## Cuadro N° 2

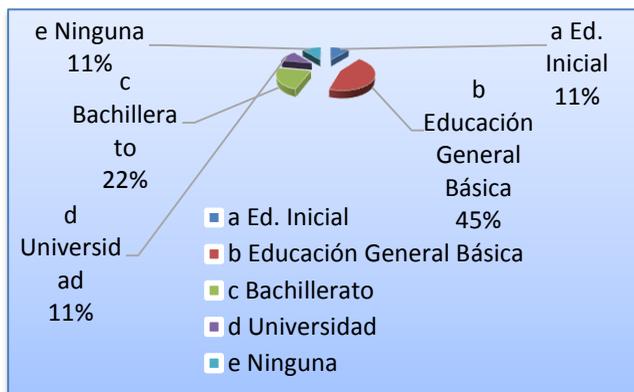
**Escolaridad de los pacientes con alteraciones de la salud mental como enfermedad catastrófica, atendidos en el Hospital Verdi Cevallos. Durante el período 2010-2011**

<b>ORDEN</b>	<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>a</b>	Ed. Inicial	1	11
<b>b</b>	Educación General Básica	4	45
<b>c</b>	Bachillerato	2	22
<b>d</b>	Universidad	1	11
<b>e</b>	Ninguna	1	11
	<b>Total</b>	9	100

Elaboración: Investigadora

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda

**Gráfico N° 2**



**Cuadro y Gráfico N°2.** La escolaridad presentada fue que el 11% tienen educación inicial; el 45% educación General Básica; el 22% Bachillerato; 11% Universidad y el 11% ninguno.

De los datos, obtenidos, un buen porcentaje de los médicos del mencionado nosocomio, señalaron que sus pacientes tienen educación General Básica, y que esta distribución se la hace de acuerdo a la nueva distribución educativa que rige en el país y que contempla lo que antes era educación primaria y básica.

**Cuadro N° 3**

**Edad de los pacientes que presentan enfermedades catastróficas, atendidos en el Hospital Verdi Cevallos. Durante el período 2010-2011**

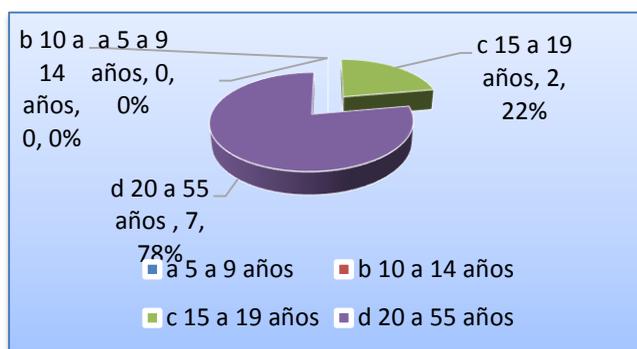
ORDEN	ALTERNATIVAS	F	%
a	5 a 9 años	0	0
b	10 a 14 años	0	0

<b>c</b>	15 a 19 años	2	22
<b>d</b>	20 a 55 años	7	78
	<b>Total</b>	9	100

Elaboración: Investigadora

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda

**Gráfico N° 3**



**Cuadro y Gráfico 3.** Sobre la edades de los pacientes que presentan enfermedades catastróficas; el 22% están entre 15 a 19 años; el 78% 20 55 años.

De acuerdo a los datos obtenidos mediante encuesta, la mayoría de los médicos, aseguran que la edad de prevalencia de las enfermedades catastróficas oscila entre los 20 a 55 años de edad.

#### Cuadro N° 4

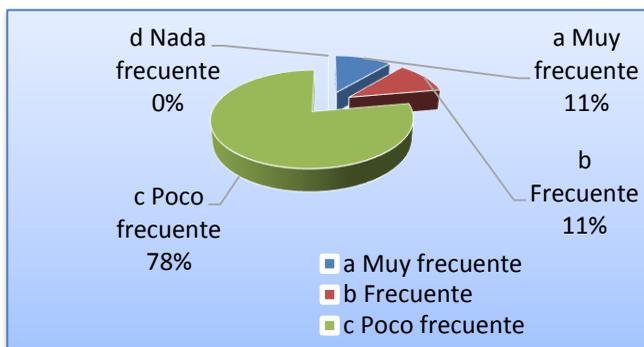
**Con qué frecuencia se atienden diariamente pacientes que presentan enfermedades catastróficas en el Hospital Verdi Cevallos Balda. Durante el período 2010-2011**

ORDEN	ALTERNATIVAS	F	%
a	Muy frecuente	1	11
b	Frecuente	1	11
c	Poco frecuente	7	78
d	Nada frecuente	0	0
	<b>Total</b>	9	100

Elaboración: Investigadora

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda

#### Gráfico N° 4



**Cuadro y Gráfico N°4.** Sobre la frecuencia de la atención diaria de pacientes se presentan con enfermedades catastróficas; el 11% muy frecuentes; 11% frecuente; el 78% poco frecuente.

En cuanto a los resultados obtenidos, las tres cuartas partes de los médicos encuestados coinciden en señalar que es poco frecuente la atención de pacientes que presentan enfermedades catastróficas.

### Cuadro N° 5

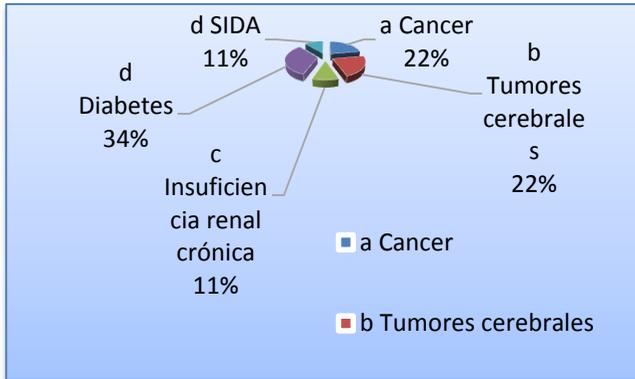
**Las enfermedades catastróficas que con mayor frecuencia presentaron los pacientes en el Hospital Verdi Cevallos Balda. Durante el período 2010-2011**

<b>ORDEN</b>	<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>a</b>	Cáncer	2	22
<b>b</b>	Tumores cerebrales	2	22
<b>c</b>	Insuficiencia renal crónica	1	11
<b>d</b>	Diabetes	3	34
	SIDA	1	11
	<b>Total</b>	9	100

Elaboración: Investigadora

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda

**Gráfico N° 5**



**Cuadro y Gráfico 5.** Sobre las enfermedades catastróficas, que presentan los pacientes, el 22% de los médicos dijeron cáncer, 22% tumores cerebrales; Insuficiencia renal crónica 11%; 34% diabetes y el 11% Sida.

De acuerdo a los datos logrados, los galenos del Hospital Verdi Cevallos, un poco más de las 3/4 partes afirman que la diabetes es la de mayor prevalencia.

## Cuadro N° 6

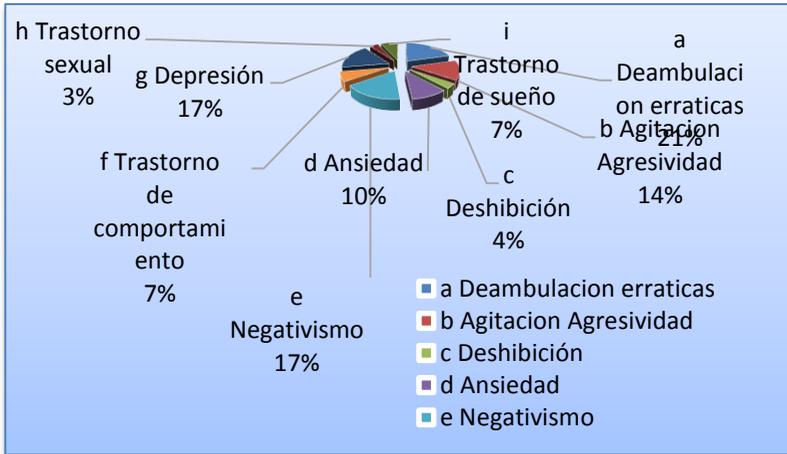
**Las manifestaciones psicológicas que presentan los pacientes atendidos con enfermedades catastróficas, atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda. Durante el período 2010-2011**

<b>ORDEN</b>	<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>a</b>	Deambulación erráticas	6	21
<b>b</b>	Agitación Agresividad	4	14
<b>c</b>	Deshibición	1	4
<b>d</b>	Ansiedad	3	10
<b>e</b>	Negativismo	5	17
<b>f</b>	Trastorno de comportamiento	2	7
<b>g</b>	Depresión	5	17
<b>h</b>	Trastorno sexual	1	3
<b>i</b>	Trastorno de sueño	2	7
	<b>Total</b>	29	100

Elaboración: Investigadora

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda

**Gráfico 6**



Elaboración: Investigadora

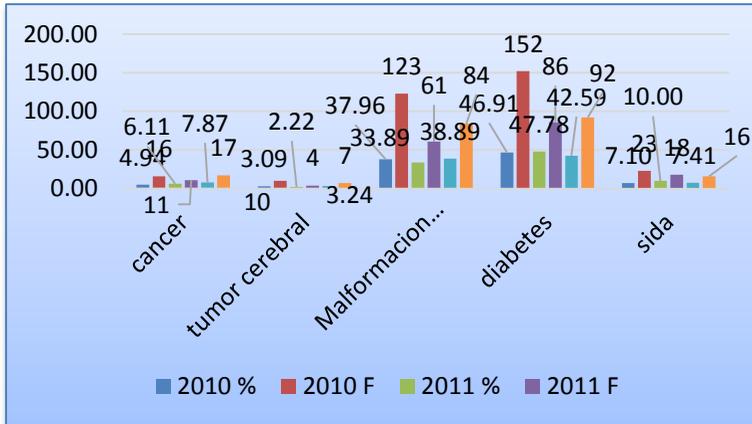
Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda

**Cuadro y Gráfico N°6.** Sobre las manifestaciones psicológicas de los pacientes con enfermedades catastróficas, se alcanzaron los siguientes resultados: 21% presentan deambulación errática; 14% agitación, agresividad, 4% exhibición; 10% ansiedad; 17% negativismos; 7% trastornos de comportamiento; 17% depresión; 3% trastorno sexual, 7% trastorno de sueño.

En relación con los datos obtenidos, se deduce que son algunas manifestaciones psicológicas de los pacientes que tienen enfermedades catastróficas, siendo las más comunes, de acuerdo a los médicos encuestados, la deambulación errática, negativismo, depresión y agitación – agresividad.

## Gráfico y Cuadro N° 7

**Cuadro comparativo de la prevalencia de las enfermedades catastróficas. En el Hospital Verdi Cevallos Balda. Durante el período 2010– 2011 –**



Elaboración: Investigadora

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda

Enfermedades catastróficas	2010		2011	
	%	F	%	F
<b>Cáncer</b>	4,94	16	6,11	11
<b>Tumor Cerebral</b>	3,09	10	2,22	4
<b>Malformaciones Arterio – venosas Cerebrales</b>	37,96	123	33,89	61
<b>Diabetes</b>	46,91	152	47,78	86
<b>Sida</b>	7,10	23	10,00	18
<b>TOTAL</b>	100	324	100	180

**Cuadro y Gráfico 7.** Sobre la prevalencia de las enfermedades en los distintos años, luego de la revisión de los informes médicos, se obtuvo los siguientes resultados, el año 2010, se presentó cáncer; 4,94% tumor cerebral, 3,09 tuvo malformaciones arteria – venosas cerebrales; 37,96% diabetes y el 7,10% Sida.

En el año 2011; el 6,11% de los pacientes presentaron cáncer; 2,22% tumor cerebral; 33,89% malformaciones arteria venosas cerebrales, 47,78% diabetes y el 10% Sida.

En los dos períodos estudiados, existen diferentes porcentajes de la atención de enfermedades, prevaleciendo la diabetes y las malformaciones arterias venosas cerebrales que es consecuencia de la hipertensión arterial no cuidada.

## DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados de la investigación realizada

La primera hipótesis propuesta expresaba lo siguiente: La prevalencia de alteraciones en la salud mental de pacientes con enfermedades catastróficas es alta; la hipótesis es correcta, así lo determina el cuadro y gráfico N°7, donde se señala los porcentajes de la presencia de las enfermedades, cuya presencia no ha disminuido; lo cual es respaldado por los resultados del cuadro N° 4 de la encuesta aplicada a los médicos del Hospital.

La segunda hipótesis planteada. La prevalencia de las enfermedades catastróficas es superior en las zonas rurales, es correcta, lo cual queda establecido en el cuadro N° 1, donde la mayoría de los médicos señalan que la residencia de los pacientes pertenece al sector rural.

En cuanto al primer objetivo específico propuesto: Determinar la prevalencia de pacientes con enfermedades catastróficas atendidas en el Hospital Verdi Cevallos Portoviejo 2010- 2011; en el cuadro N° 7 que compara la prevalencia de las enfermedades catastróficas, se establece que existe una significativa presencia de pacientes que tienen este tipo de enfermedades, prevaleciendo la diabetes y las malformaciones arteria venosas cerebrales, las cuales constituyen un serio riesgo para los pacientes.

Con respecto al segundo objetivo específico: Identificar los tipos de enfermedades catastróficas atendidas en el Hospital Verdi Cevallos Portoviejo 2010 – 2011; se constató que los pacientes presentan enfermedades como el cáncer, tumor cerebral, malformaciones arteria venosas – cerebrales, diabetes y Sida.

En relación al tercer objetivo específico, Establecer las manifestaciones psicológicas de los pacientes con enfermedades catastróficas, en el cuadro y gráfico N° 6, perteneciente a la encuesta aplicada a los médicos, se establece que los pacientes con enfermedades catastróficas presentan diferentes manifestaciones psicológicas, siendo las de mayor frecuencia la deambulación errática, negativismo, depresión, agitación agresividad, las cuales afectan seriamente la calidad de vida.

Finalmente en lo concerniente al cuarto objetivo específico: Identificar los factores de riesgo: edad, género, ocupación, escolaridad, procedencia; se identificó que los pacientes que presentan la enfermedades catastrófica provienen del sector rural; y que en su mayoría tienen educación general básica, comprendida en la edad adulta preferentemente.

## **PROPUESTA**

Creación de un centro de atención especializada para la salud mental de los pacientes y sus familias con enfermedades catastróficas con énfasis el cáncer, VIH SIDA, insuficiencia renal y diabetes, que se encuentran ingresados en el hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo provincia de Manabí.

Este centro deberá seguir un protocolo de atención diferenciado, en el caso de los pacientes, el abordaje comienza con la aplicación y llenado de una ficha clínica que permita conocer algunos de los síntomas del enfermo, esta debe contener la información necesaria como: lugar de residencia, edad, nivel educativo, condición económica, antecedentes clínicos entre otros señalados en el siguiente documento sugerido para esta etapa.

La segunda etapa del protocolo de atención es la valoración de la condición de la salud mental del paciente discutido entre los profesionales médicos psiquiatra, psicólogo clínico y trabajo social, allí se determina la necesidad del abordaje al paciente por parte del profesional Psicólogo Clínico, que realice la entrevista clínica y determine cuál es la enfermedad prevalente del paciente, su tratamiento y el acercamiento a las familia para determinar a quién o quienes se requiere iniciar un tratamiento preventivo psicológico.

### **PROPOSITO**

Determinar el espacio físico adecuado para la atención en salud mental de los pacientes con enfermedades catastróficas, realizada por un equipo multidisciplinario constituido por Psiquiatra, Psicólogo (a) Clínico(a) y Trabajador (a) Social.

## **OBJETIVOS**

Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades catastróficas

Realizar la atención y prevención en salud mental de las familias de los pacientes de enfermedades catastróficas.

## **JUSTIFICACION**

Los resultados obtenidos en los Ecuador y los comparativos establecidos en la presente investigación y la realidad de los distintos centros de salud de la provincia de Manabí determinan que menos del tres por ciento de estos tiene atención en salud mental, los principales hospitales como el de Portoviejo, Manta y Chone cuenta con un profesional en el ramo, y las patologías prevalentes consideradas epidemiológicas son de un alto porcentaje, como el Cáncer, VIH sida, Deficiencia Renal, Diabetes, Hepatitis. Las estadísticas de Salud en Manabí muestran un alto índice de enfermedades consideradas catastróficas, pero al mismo tiempo esas estadísticas no muestran en si la atención en salud mental para estos enfermos acaso creemos que no está afectado su Psiquis? o es que, no le damos la importancia que requiere el tema, Las experiencias internacionales en especial las de Argentina nos deja un claro ejemplo de lo que es cambio del timonel con lo que respeta a la atención en salud mental, no existe, de la información recabada mediante internet, un hospital sin equipo multidisciplinario en intención a la salud mental de los pacientes, seguramente su experiencia debe ser muy valiosa respecto al tema.

## **UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA.**

Hospital Regional Verdi Cevallos

**País:** Ecuador

**Región:** Costa

**Provincia:** Manabí

**Cantón:** Portoviejo

**Parroquia:** 12 de Marzo

## **BENEFICIARIOS**

### **Beneficiarios directos:**

Personas que sufren enfermedades catastróficas atendidas en el Hospital Regional Verdi Cevallos.

### **Beneficiarios indirectos**

Familia de las personas con enfermedades catastróficas y atendidas en el Hospital Regional Verdi Cevallos

## **FACTIBILIDAD**

La propuesta se elabora para facilitar la creación de un centro de atención especializada para las personas que sufren enfermedades catastróficas, al igual que las autoridades del dicho nosocomio.

La firma de convenios institucionales para que los estudiantes de la ULEAM, UTM, realicen las prácticas profesionales en los centros salud de la provincia con el apoyo de los profesionales

del área que tiene nombramiento o contrato con el MSP, este método que podrían ser acordes a lo que establece la nueva Ley de Educación Superior.

Mediante los aspectos administrativos, la propuesta cuenta con el apoyo de la Administración del Hospital Regional Verdi Cevallos

En el ámbito legal la propuesta se basa en los siguientes estipulados constitucionales

**CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR  
CAPITULO TERCERO  
DERECHO DE LAS PERSONAS Y GRUPOS  
VULNERABLES.**

**ART.-35.-** Las personas adultas mayores, niñas, niñas y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad personas privadas de la libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención recibirán las personas en situación de riesgo, víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil desastres naturales o antropogénicos. El estado prestara especial atención a las personas de doble vulnerabilidad.

**CÓDIGO ORGANICO DE LA SALUD**

**Art. 14.-** Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental.

**Art. 15.-** La autoridad sanitaria nacional en coordinación con otras instituciones competentes y organizaciones sociales, implementará programas para la prevención oportuna, diagnóstico, tratamiento y recuperación de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.

La Constitución establece muy claramente la obligatoriedad del estado de atender a la población ecuatoriana en condiciones de vulnerabilidad que incluye las enfermedades catastróficas enfermedades reconocidas como epidemiológicas tienen la garantía del estado para la atención de su condición física y mental y la misma norma legal establece quien deben realizar los estudios y programas para atender las condiciones Psicológicas de la población ecuatoriana, por lo que la propuesta establece los siguientes parámetros:

La creación de partidas presupuestarias para la contratación de Psiquiatras, Psicólogos(a) Clínicos(a), Trabajador(a) Social para el hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo de la Provincia de Manabí.

- Incremento de presupuesto en salud para la provincia de Manabí, para la prevención, atención y tratamiento de salud mental de los Manabitas
- La construcción de un centro de atención especializado en salud mental

## **FACTIBILIDAD INTERNA.**

La factibilidad interna debe considerar la voluntad que existe por parte de las instituciones que brindan su apoyo, económicamente con los estudios adecuados que justifiquen la creación del proyecto y Talento Humano:

Mediante la colaboración de las instituciones preocupadas por velar por la integridad y dignidad de las personas que sufren enfermedades catastróficas, será posible la validación de la propuesta.

- Administración zonal
- Pasantes de Trabajo Social
- Pasantes de Psicología Clínica

## CONCLUSIONES

En base a los objetivos desarrollados y analizados en la presente investigación se concluye que dentro de las enfermedades catastróficas de mayor prevalencia se encuentran la diabetes y las malformaciones arterias venosas cerebrales, constituyéndose en un verdadero peligro para quienes la padecen.

Las enfermedades catastróficas como el cáncer, tumor cerebral, malformaciones arteria venosas – cerebrales, diabetes y Sida, son los tipos de enfermedades que se atendieron con más frecuencia en el Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo durante el período 2010 – 2011.

La deambulación errática, negativismo, depresión, agitación agresividad, son las principales características psicológicas que presentan los pacientes que sufren de las enfermedades catastróficas y que son atendidos en el Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo.

Los pacientes que presentan enfermedades catastróficas, provienen principalmente de la zona rural de Portoviejo, tienen un nivel educativo básico y son adultos preferentemente.

## **RECOMENDACIONES**

Realizar una campaña de concienciación sobre las causas de las enfermedades catastróficas principalmente en los jóvenes como medida de prevención para que en la edad adulta no lo adquieran.

Capacitar a los familiares de las personas que presentan enfermedades catastróficas a fin de poder apoyar a cómo tratar psicológicamente y disminuir los efectos emocionales de dichas personas para que en la familia el paciente tenga un clima adecuado.

Realizar un estudio pormenorizado de las condiciones de vida que tiene el sector rural para diseñar políticas salubristas y de educación a fin de disminuir considerablemente la presencia de las enfermedades catastróficas en este sector.

## BIBLIOGRAFIA

- A., A. (1998). *La atención primaria de salud. protagonista.* Mexico: El manual moderno.
- Amerigo.M. (2003). *La calidad de vida. Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar.* . Madrid : Alianza.
- Andreina, A. M. (2012). *Conocimientos y aptitudes (CAP) sobre los hábitos saludables en el estilo de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodialísis .* Ibarra.
- Artal. (1996). *La enfermedad menrtal en atención primaria.* Mexico.
- Camacho Vasconez, A. E. (2013). *Programa de protección social a personas con enfermedades catatróficas y raras, y, menores de 14 años que viven con VIH/SIDA en situación de criticidad socioeconómica, Quito 2013.* Loja.
- Canut, M. T. (2012). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva.* Barcelona.
- Colina, J. (2012). *propuesta para un sistema de cobertura de enfermedades catastróficas en argentina.* Argentina: Fundación MAPFRE.
- CSPP. (2008). *Manual de la red de protección solidaria.* Quito.

- D., S. (2011). *La vulnerabilidad de la población Adulta Mayor en el acceso a la vulnerabilidad de los adultos mayores en los servicios de la Unidad Municipal de Salud del Norte de Quito*. Quito.
- Ecuador, A. N. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito.
- Ecuador, A. N. (2012). *Ley orgánica reformativa a la Ley orgánica de Salud, para incluir el tratamiento de las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas*. Quito.
- Ecuador, A. N. (2012). *Ley Orgánica de Discapacidades* . Quito.
- Ecuador, A. N. (2012). *Ley Orgánica reformativa a la Ley Orgánica de Salud. Ely 67, para incluir del Tratamiento de las enfermedades Raras o Huérfanas y catastróficas. (Artículo4)*. Quito.
- F.R., W. (2010). *Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABEI Ecuador*. Quito.
- Gabriela, G. N. (2012). *Trastornos afectivos más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis en el servicio de nefrología de la unidad renal de la clínica contigo de la ciudad de Latacunga, durante el período octubre del 2011 - 2012*. Latacunga.
- Gonzales, L., Báez, T., García, D., & Ruiz, B. (2012). *Estrategia Educativa para la Prevención de la Hipertensión Arterial*. Recuperado el 3 de Agosto de 2014, de Monografías.com:  
<http://www.monografias.com/trabajos94/estrategia->

educativa-prevencion-hipertension-arterial/estrategia-  
educativa-prevencion-hipertension-arterial3.shtml

- H, S. y. (2003). *Trabajo y amor en la edad adulta*. . Barcelona: Grijalbo.
- Havighurst, R. J. (2003). *Youth in soical institucion* . Chicago: Press.
- Homburger, E. (1998). *Vejez y vida teorías sobre el envejecimiento*. Estados Unidos.
- Huberman. (2004). *Some Models of adult learning and adult change*. Mexico: Educación siglo XXI.
- León, S. M. (2012). *Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especiales en Lima metropolitana*. Lima.
- Levinson.D. (2000). *Hacia una concepción del curso de la vida adulta*. Barcelona: Girjalbo.
- Lombardo. (2008). *La psicología del curso de vida en el marco de la psicología del desarrollo*. Argentina.
- M., M. A. (2003). *Motivación y aprendizaje*. Salamanca: Sígueme.
- Macas, G. B. (2012). *propuesta de un programa psicoeducativo para potenciar la salun mental del adulto mayort con enfermedades crónicas, del hospital universitario Motupe de Loja*. Loja.

- Maldonado, K. M. (2012). *Los derechos de los adultos mayores en la CONstitución del Ecuador. Sus mecanismos para garantizarlos reala y efectivamente*. Cuenca.
- MIES. (2012). *Base de datos d ela Red de protección Social*. Quito: Ecuador.
- MIES. (2012). *base de datos de beneficiarios de la red de protección social*. Quito.
- OMS. (2013). *Plan de acción sobre salud mental*. México.
- Pérez, C. M. (2012). *Prevalencia y atención a los trastornos menales en una comunidad rural*. Granada: Universidad de Granada.
- Pizarro, S. V. (2015). *Políticas públicas de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental grave*. Madrid.
- pública, M. d. (2013). *La salud como derecho*. Quito: MSP.
- Sarzoza, M. A. (2013). *Exclusión del adulto mayor en programas sociales, de la parroquia de Conocotor, período 2011 -2012 y sus efectos en la calidad de vida*. Quito.
- Tajiboy, A. A. (2013). *Factor de riesgo psicosocial y salud mental*. . Quetzaltenango.
- Warr. (1990). *The measurement of well-being and other aspects of mental health*. Estados Unidos.

## **ANEXOS**

**Anexo 1**

**FICHA CLINICA PSICOLOGICA**

**Numero de Historia Clínica**

**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Lugar de domicilio:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Número de Cedula:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Número de Registro CONADIS:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**

**Edad:**

**Estado Civil:** Soltera/o  Casada/o

**Divorciada/o**  **Viuda/o**

**Nivel Educativo:** \_\_\_\_\_

**Situación Laboral:** \_\_\_\_\_

## Anexo 2

### ESCALA DE VALORACION PSICOLOGICA

Rara vez: Normal

Frecuente (más de cinco) síntomas de depresión

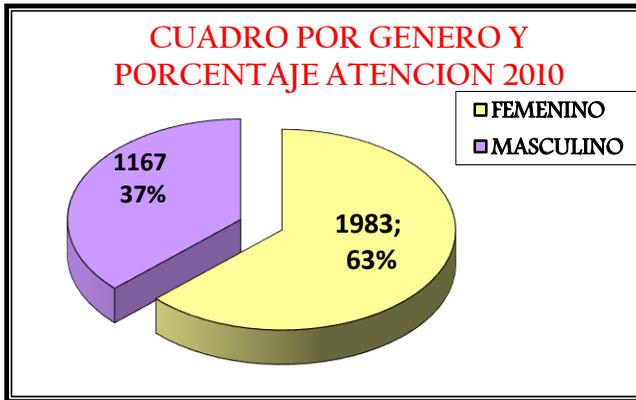
Nunca (No depresión)

	RARA VEZ	FRECUENTE	NUNCA
1.-Su enfermedad ha hecho que se deprima			
2.- Esta usted satisfecho con su vida.			
3.-Siente ganas de llorar a menudo			
4.-Se Siente usted a menudo triste			
5.- Se siente usted sin esperanzas			
6.-No siente interés por salir de la casa			
7.-Se desconcentra fácilmente			
8.-Tiene problemas de insomnio			
9.-Prefiere permanecer solo			
10.-Tiene temor a quedarse solo			
11.-Tiene dolores y cansancio muscular			
12.-Puede realizar cualquier actividad que se proponga			
13.-Necesita de alguien para tomar decisiones			
14.- Se irrita fácilmente			
15.-Evita las reuniones sociales			
16.-Le gusta compartir con la familia			
17.-Ha dejado de realizar sus actividades diarias			

### Anexo 3

## CUADROS COMPARATIVOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICAS DE LAS UNIDADES DE SALUD DE LA PROVINCIA DE MANABI AÑO 2010.

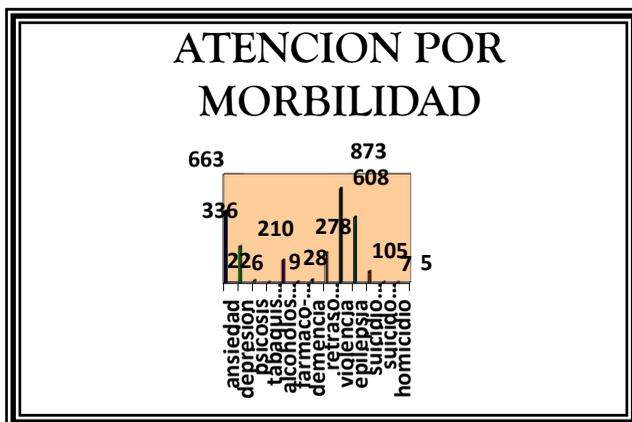
### CIFRAS Y PORCENTAJES.



El sexo que más predomina es el femenino que ocupa EL 63% de todas las atenciones psicológicas

## Anexo 4

### PRINCIPALES MORBILIDADES DE LAS ATENCIONES PSICOLÓGICAS DE LAS UNIDADES DE SALUD DE LA PROVINCIA DEL MANABI AÑO 2010.



Los casos de violencia ocupan el primer lugar en atenciones psicológicas, seguida de los cuadros de ansiedad, seguido por los casos de epilepsia, la depresión ocupa el cuarto lugar de atenciones, posteriormente el alcoholismo dentro de la morbilidad del comportamiento humano.

## Anexo 5

### CIFRAS Y PORCENTAJES POR GRUPO ETÁREO DE LAS ATENCIONES PSICOLÓGICAS REALIZADAS DE LAS UNIDADES DE SALUD DE LA PROVINCIA DEL MANABI AÑO 2010.

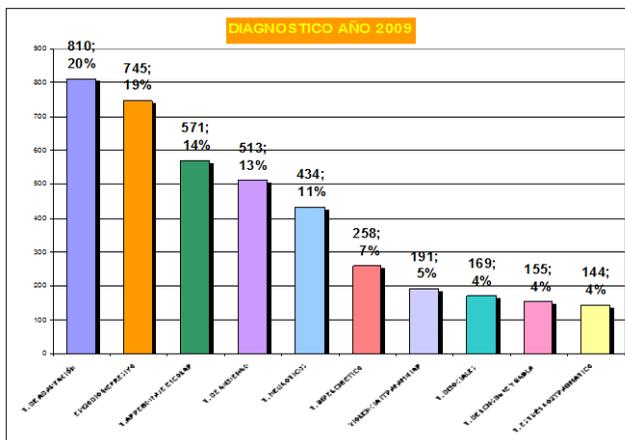


El grupo etario con mayor atención es el de 15 a 35 años, seguido al de 36 a 49 años

## Anexo 6

### PRINCIPALES MORBILIDADES DE LAS ATENCIONES PSICOLÓGICAS DE LAS UNIDADES DE SALUD DE LA PROVINCIA DEL GUAYAS AÑO 2009.

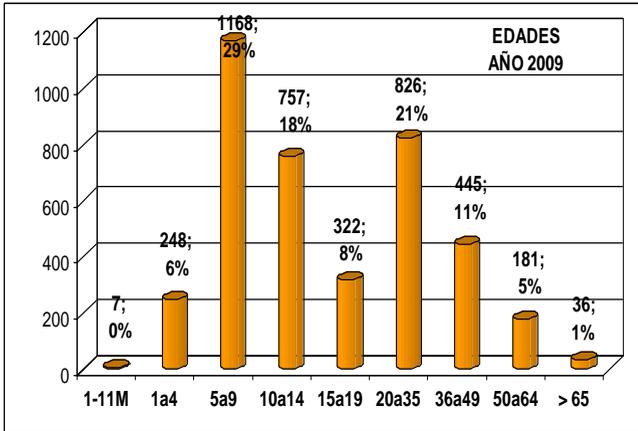
#### CIFRAS Y PORCENTAJES.



Los Trastorno Adaptativos de Comportamiento ocupa el primer lugar de las principales causas de morbilidad, seguidos por los episodios depresivos que ocupan el 2do lugar

## Anexo 7

### .CIFRAS Y PORCENTAJES POR GRUPO ETÁREO DE LAS ATENCIONES PSICOLÓGICAS REALIZADAS DE LAS UNIDADES DE SALUD DE LA PROVINCIA DEL GUAYAS AÑO 2009.



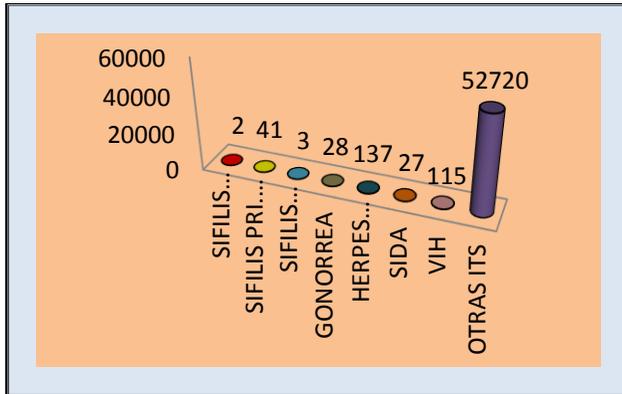
El grupo etario que más predomina es el de 5 a 9 años seguido por el de 20 a 35 años.

## Anexo 8

### Gráfico N°1

#### CUADROS COMPARATIVOS

#### ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL CONCENTRADO ANUAL DE AREAS Y HOSPITAL 2010



Fuente: Ministerio de Salud Pública Notificación Mensual de Enfermedades de Vigilancia Epidemiológica

Se observa un alto índice de otras enfermedades de transmisión sexual en el año 2010