

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN

Las lesiones traumatológicas y su influencia en los niveles de depresión en los pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación del Patronato Municipal de la Ciudad de Latacunga, durante el periodo Octubre 2009 - Marzo 2010.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

- **MACRO**

En la provincia de Cotopaxi, según la dirección de salud pública se calcula que por los menos unas mil personas sufren de estado de ánimo depresivo, y los niños (entre 5 y 11 años), jóvenes (14 y 20 años) y personas de la tercera edad son los más vulnerables en la actualidad, esta situación aumenta si las personas padecen de algún tipo de enfermedad, por lo tanto el número de personas afectadas por este

problema frecuentemente padecen de enfermedades terminales, incapacitantes, discapacitantes como las lesiones traumatológicas, la diabetes, el cáncer, etc.

Además la dirección de salud pública de Cotopaxi, mencionan que las personas que se encuentran en un estado depresivo, pueden ir a trabajar pero su esfuerzo llega hasta el 30%, cumple lo mínimo de sus obligaciones, no se interesa por sus actividades y se convierte en un ser improductivo. Al "deprimido" no le interesa encontrar solución de los problemas que está viviendo. Por lo tanto esta situación afecta en su tratamiento, en su hogar y en sus actividades diarios.

La OMS advierte que el 5,8% de los episodios depresivos se registra en los hombres, mientras que el 9,5% se presenta en las mujeres. Sin embargo, este cuestionamiento, es relativo, se cree que la mujer es práctica y busca más ayuda que el hombre. Por ejemplo, de cada cuatro hombres que se suicidan, una mujer lo hace. La depresión en los mayores de 65 años también es elevada. Alcanza entre el 11% y 12%.

- **MESO**

En la ciudad de Latacunga existen tres instituciones públicas (el Patronato Municipal, el Hospital provincial y el Seguro Social), que atienden a pacientes con lesiones traumatológicas durante su rehabilitación, en una cantidad de 30-60 personas diarias por institución según datos recopilados del Departamento interno de estadística de cada institución, , en dos de las instituciones solo tratan el problema físico y no le toman mayor importancia al aspecto emocional que en ocasiones impide que los pacientes continúen en rehabilitación, situación por la que muchos de ellos que se han encontrado con un estado de ánimo depresivo, sin voluntad, decaídos, sentimientos de minusvalía, han

dejado la rehabilitación en un porcentaje que el departamento calcula del 50%, por lo cual sus lesiones se han complicado y han tenido que ser intervenidos quirúrgicamente.

- **MICRO**

En el Patronato Municipal de la Ciudad de Latacunga se atiende por lo menos a 30 personas al día con diferentes tipos de lesiones traumatológicas a las cuales se les brinda tanto el apoyo físico como psicológico, de este grupo de personas existe en este momento 15 personas que asisten a este centro, siendo el 50% de pacientes que asisten de forma continua y que tienen lesiones traumatológicas incapacitantes y discapacitantes por lo cual su estado de ánimo es de tristeza, melancolía, futuro incierto, sentimientos de minusvalía, pérdida de apetito, problemas de conciliación del sueño, en ocasiones hasta ideas de muerte llegando al nivel más alto de la depresión.

El grupo de pacientes que asisten en 70% son pacientes que oscilan entre los 45 y 80 años, por lo que en ocasiones no tienen quien se preocupe de ellos y quien les lleve a terapia, en esta situación son más susceptibles para caer en depresión.

En el caso de niños que corresponden a un 10% con parálisis cerebral, fracturas por accidente o lesiones congénitas, las personal que más sufren y generan depresión son los padres, ya que la situación del niño les frustra y empiezan a tener problemas emocionales, porque los resultados de rehabilitación no son inmediatos, hay que ser constantes para poder ver la mejoría de los pacientes.

1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO

Las lesiones traumatológicas en personas de todas las edades, causan secuelas psicológicas, una de las más frecuentes es la depresión. La depresión ha sido la causa de que la mayor parte de pacientes traumatológicos abandonen los tratamientos.

La sensación de tristeza, futuro incierto, decaimiento, y pérdida de interés en sus actividades diarias, son las manifestaciones de la depresión, esta enfermedad progresa afectando sus pensamientos, sentimientos, salud física y sus relaciones interpersonales.

La investigación sobre los niveles de depresión en pacientes con lesiones traumatológicas es muy importante, ya que cada institución que brinda atención a estos pacientes, necesitan saber y conocer lo esencial que es el estado de ánimo como se encuentra en la contextualización el sentirse triste hace que los pacientes dejen su rehabilitación de esta manera sus lesiones se complican y se vuelven crónicas, razón por la cual después de un tiempo que vuelven a consulta con dolores o molestias para realizar actividades cotidianas, resulta que no solo deben ir a rehabilitación, sino que tienen que realizarse una cirugía la cual los incapacita por un largo periodo de tiempo, haciendo que la depresión aparezca nuevamente.

En el caso de pacientes traumatológicos con lesiones permanentes es necesario estar junto a ellos apoyándolos emocionalmente para que no caigan en depresión y de esta forma a pesar de que no van a tener una recuperación completa, logren mantener sus músculos en movimiento.

Cuando surge una lesión traumatológica es normal el tratamiento fisioterapéutico, pero cuando sucede este tipo de lesión es muy poco común la adecuada intervención psicológica, provocando que el estado

anímico del paciente dificulte la correcta rehabilitación, por eso es indispensable un estudio sobre los niveles de depresión que en ellos se presenta para obtener un mayor desarrollo bio – psico - social que fue deteriorado por la lesión traumatólogica.

1.2.3 PROGNOSIS

Si los profesionales del área de psicología y del centro de rehabilitación, no se preocupan por la influencia de la depresión en el tratamiento de los pacientes con lesiones traumatólogicas, se corre el riesgo de que muchas personas que tienen lesiones incapacitantes temporales y sufren de depresión abandonen el tratamiento y su rehabilitación se complique y al mismo tiempo no puedan volver a tener una vida normal. Ya que al dejar el tratamiento o interrumpirlo por periodos largos debido al cansancio emocional que tienen, esto hace que su tratamiento retroceda y no se vea una notoria evolución. Esta situación frustra a los pacientes y en muchos casos los hunde más en la depresión y por ende la toma de malas decisiones que generan mayores problemas en la vida de la persona. Además existe pacientes que no tienen familiares que los puedan acompañar a sus rehabilitaciones o en algunos casos que no quieren hacerlo por lo cual se sienten desprotegidos y se descuidan de su recuperación, ya que se sienten abandonados.

Finalmente los servicios de salud deben adquirir un compromiso con respecto al buen trato al paciente que asiste a estos servicios de salud, ya que en ocasiones la forma como los profesionales de salud tratan a los pacientes influye a que su depresión se empeore y es un factor determinante para que abandonen en tratamiento.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Las lesiones traumatológicas influyen en la aparición de ciertos niveles de depresión en los pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación Física del Patronato Municipal de la Ciudad de Latacunga, durante el periodo de Octubre 2009 - Marzo 2010?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Qué nivel de depresión es más frecuente en los pacientes con lesiones traumatológicas?
- ¿De qué manera afecta los niveles de depresión en la rehabilitación física de los pacientes?
- ¿Qué terapia sería la más apropiada para este tipo de pacientes?

1.2.6 DELIMITACIÓN DE CONTENIDO:

Campo: Psicología Clínica

Área: Emocional

Aspecto: Los niveles de depresión en pacientes con lesiones traumatológicas.

Temporal: La siguiente investigación se realizará desde Octubre 2009 – Marzo 2010

Unidad de Observación: Pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación del Patronato Municipal de Latacunga

1.3. JUSTIFICACIÓN

La Misión del Patronato Municipal de Amparo Social de Latacunga es brindar la solidaridad a los más necesitados en el área de Salud; y su visión es ser una instancia con autonomía propia que funciona bajo la orientación y coordinación de entidades gubernamentales y no gubernamentales con capacidad de gestión y recursos, destinada a prestar servicio social de calidad, que es reconocida por la comunidad, como una entidad generadora y facilitadora de procesos participativos, orientados a mejorar las condiciones y calidad de vida de la población local en el área de la salud.

La depresión en estos últimos años se ha vuelto una de las enfermedades mentales más frecuentes, la cual aparece en diversas situaciones y momentos de la vida de las personas. Por lo tanto es importante conocer cuál es el efecto que los síntomas de la depresión generan en los pacientes con lesiones traumatológicas; ya que se cree que la principal causa del abandono de los tratamientos de rehabilitación física es el estado de ánimo depresivo, razón por la cual la investigación de este proyecto es de suma importancia para la recuperación tanto física y mental de los pacientes con lesiones traumatológicas.

En un momento de la vida la depresión puede volverse una enfermedad incapacitante, razón por la cual se debe investigar el entorno más común en el que los pacientes con lesiones traumatológicas desarrollan la depresión y los factores que influyen tanto negativa como positivamente en su estado de ánimo.

Al ser esta, una enfermedad progresiva, es la razón por la cual las personas que la padecen no pueden tener un ritmo de vida beneficiosa para su salud, y en el caso de las personas con problemas

traumatológicos causa un mayor número de complicaciones, ya que al negarse a continuar con el tratamiento están retrasando su posible recuperación.

Luego de haberse realizado un estudio en el Patronato Municipal de la ciudad de Latacunga, se comprueba de que es factible la elaboración de este proyecto, ya que cuenta con el permiso de las autoridades de la institución y espacio físico, además todos los gastos que se requiera en la investigación correrán por cuenta del investigador.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar cómo influyen las lesiones traumatológicas en la aparición de ciertos niveles de depresión en los pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación Física del Patronato Municipal de la Ciudad de Latacunga Provincia de Cotopaxi.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar el nivel de depresión que presentan los pacientes con lesiones traumatológicas.
- Comprender como afecta los niveles de depresión en la rehabilitación física de los pacientes.
- Proponer una solución alternativa al problema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Niveles de Depresión

Fuente: http://www.psiquiatria.com.es/ficha_tesis.php?submit=643

Autor: SANTOS PALAZZO LILIAN DOS, 1999, Madrid, "Estudio sobre la depresión en la adolescencia en centros de Atención Primaria".

Objetivos:

- Estudiar la tasa de depresión entre las quejas que motivan la búsqueda de atención.
- Estudiar la relación entre el diagnóstico, el tratamiento y la presencia de depresión.
- Conocer el perfil psicosocial de los jóvenes.
- Estudiar determinados factores sociales y la relación con la depresión.

Enfoque:

Teoría Transpersonal

Metodología:

Estudio descriptivo utilizando el cuestionario estructural para la depresión (CET-DE) y una entrevista semiestructurada.

Conclusiones:

- La prevalencia de depresión en los jóvenes es elevada.
- El tipo clínico preponderante es el unidimensional y la dimensión más afectada es la ritmopatía.
- Alto índice de falsos diagnósticos negativos para la depresión.
- Más quejas vinculadas a la sexualidad y menos al ámbito psicosocial.
- Asociación entre depresión e idea suicida.
- Cuantas más situaciones de pérdida, sobrecarga, aislamiento y desarraigo viven los adolescentes más propensión a la depresión presentan.

Fuente: <http://www.scribd.com/doc/10197175/Tesis-Depresion-No-Diagnostic-Ada-en-Pacientes-Diabeticos-e-Hipertensos-Ancianos>

Autor: DÍAZ LÓPEZ ANASTASIO, 2006, México, “Depresión no diagnosticada en pacientes diabéticos e hipertensos ancianos”.

Objetivos:

- Determinar que pacientes presentaron depresión no diagnosticada en pacientes diabéticos e hipertensos ancianos en la Unidad de Medicina Familiar No. 75 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Ciudad Netzahualcoyotl, Estado de México.

Enfoque:

No refiere

Metodología:

Tipo prospectivo, descriptivo, observacional y transversal.

Conclusiones:

- La depresión en el anciano diabético e hipertenso es frecuente
- El médico familiar ante la depresión sus acciones son escasas y en ocasiones nulas para detectar este padecimiento y para encontrar el origen de la depresión
- Hay literatura que sustenta que los trastornos del metabolismo causados por la diabetes e hipertensión arterial son causantes de

lesiones vasculares generalizadas, arterioesclerosis, por lo que se relaciona a enfermedades cardiovasculares y cerebrales, así como hipo perfusión a este nivel que de acuerdo a su magnitud serán evidentes algunas, otras solo imperceptibles que solo causaran cambios en el estado de ánimo del anciano.

- Algunos pacientes que presentan depresión, no lo comunican al médico familiar y la familia no permite o niega el hecho de que la o el paciente presenta depresión.
- Se puede aplicar la escala geriátrica GDS15 en forma rápida y sencilla a este tipo de pacientes y así detectar la depresión.
- Se sugiere al médico familiar capacitarse en el manejo integral de los trastornos afectivos, para poder actuar en forma preventiva y disminuir o limitar el daño.
- Orientar a la familia sobre la detección y manejo del paciente deprimido para mejorar su calidad de vida.
- Que el médico familiar tenga decisiones en la detección y el manejo de la depresión que incluye orientación en tener un estilo de vida de acuerdo a sus condiciones.
- No debemos olvidar que la depresión es una enfermedad grave que puede condicionar al paciente al suicidio.

2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA:

Esta investigación se realizará bajo el paradigma crítico-propositivo, ya que la finalidad de este proyecto es la comprensión de la importancia del estudio de los niveles de depresión en los pacientes con problemas traumatológicos, lo cual nos va ayudar a identificar las dificultades que produce en las personas y su entorno social, lo que hace que este proyecto tenga una acción social muy importante en el desarrollo psico-social de los hogares afectados por el tema planteado.

Este proyecto se realizará mediante la interacción tanto de los afectados como del investigador, ya que esto ayudará a la recolección de datos de fuentes reales y confiables, sin necesidad de intermediarios. Además la metodología de la investigación se va a tratar de la revisión y el estudio de toda la información obtenida durante el proceso de recopilación de información.

El diseño de la investigación será abierto, flexible y nunca acabado, debido a que esto ayudará a seguir incrementando o cambiando ciertos aspectos de la investigación, según los datos que irán apareciendo durante la misma.

Finalmente la investigación tendrá un análisis cualitativo, por lo que se utilizarán diferentes técnicas psicológicas para el manejo y la obtención de información como: la entrevista clínica, la historia clínica y los reactivos psicológicos.

2.3. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA:

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. (BECK, Aarón 2006)

La presente investigación se realizara bajo la orientación Cognitivo – Conductual, ya que este tipo de enfoque es muy utilizado en los estados de animo como la depresión, obteniendo excelentes resultados en su terapia, por lo cual se manejara la Terapia cognitiva de Beck para la

depresión, ya que este modelo cognitivo considera que la principal causa de la depresión esta en el procesamiento de la información; dicho enfoque básicamente consiste en cambiar los esquemas que tiene el paciente con respecto a si mismo, al mundo y al futuro, cuando estos se activan llegan a ser predominantes favoreciendo la percepción de los estímulos y recuerdos congruentes con ellos, por esta razón la persona deprimida esta convencida de que las cosas son tan negativas como ella las ve.

Al ser la depresión una de las causas más comunes de consulta se ha obtenido con el modelo de Beck grandes resultados durante la práctica, siendo estos resultados eficaces y convincentes, razón por la cual este tratamiento es el más viable para la presente investigación.

2.4. FUNDAMENTACIÓN LEGAL:

CONSTITUCIÓN

Capítulo Tercero, Art 35.

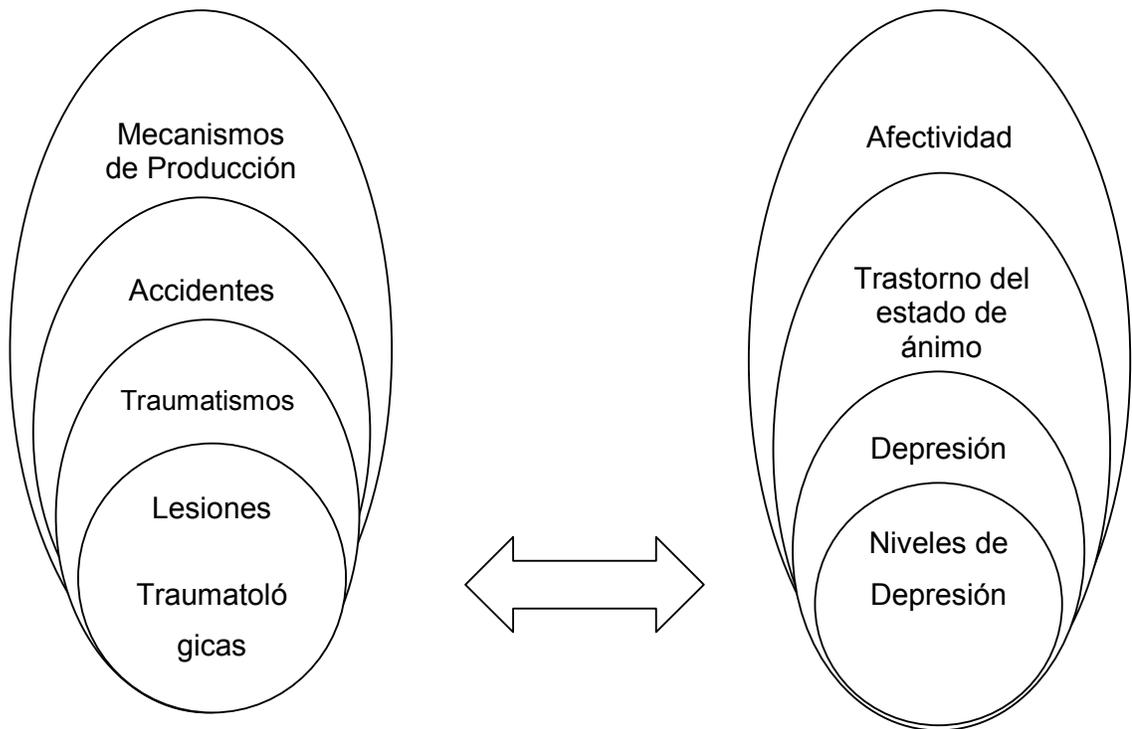
Sección Sexta, Personas con Discapacidad, Art 47. (Anexo A)

EL CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDADES

Art. 6. - Funciones del Conadis.

Art. 53. (Anexo A)

2.5. CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES:



Variable Independiente: Lesiones Traumatológicas

2.5.1 MECANISMOS DE PRODUCCIÓN

Es la forma como se genera cualquier tipo de accidente que posteriormente provoca una lesión en una determinada parte del cuerpo u organismo.

Entre los mecanismos de producción más comunes tenemos los del:

- Esguince externo de tobillo
- Esguince interno o medial de tobillo
- Fracturas

2.5.2 ACCIDENTES

Se define como accidente cualquier suceso que es provocado por una acción violenta y repentina ocasionada por un agente externo involuntario, da lugar a una lesión corporal. La amplitud de los términos de esta definición obliga a tener presente que los diferentes tipos de accidentes se hallan condicionados por múltiples fenómenos de carácter imprevisible e incontrolable. (R.D. Guevara, 1997)

El grupo que genera mayor mortalidad es el de los accidentes producidos con ocasión del transporte de personas o mercancías por tierra, mar o aire. A pesar de las proporciones que suelen alcanzar los accidentes aéreos, sin duda es el transporte por carretera el que mayor número de víctimas provoca. (IBID)

Tipos de accidentes

Existen varios tipos de accidentes, entre los que se encuentran:

- **Accidentes en el hogar:** intoxicaciones, quemaduras, torceduras, son el tipo más común.
- **Accidentes en el trabajo:** quemaduras, congelamiento, inmersión, muertes violentas, electrocutamiento, etc.
- **Accidentes de tránsito:** Choques, muertes violentas, etc. (IBID)

2.5.3 TRAUMATISMOS

Se considera como un traumatismo, a cualquier tipo de agresión que sufre el organismo a consecuencia de la acción de agentes físicos y mecánicos. (R.D. Guevara, 1997)

Por lo cual existen diferentes tipos de traumatismos entre ellos:

- **Traumatismo en el cráneo y cara**

Los traumatismos en el cráneo y en la cara son especialmente importantes, ya que la intensidad del golpe puede afectar al sistema nervioso central (SNC), localizado dentro de la cavidad craneal. Así, después de un traumatismo craneal, nos podemos encontrar ante una herida simple de la cabeza o la cara, una fractura craneal, signos de afectación cerebral o varias de ellas conjuntamente.

El riesgo más importante es la afectación del sistema nervioso central, provocando una destrucción de las neuronas cerebrales con secuelas permanentes o que pueden causar la muerte del accidentado. Siempre que nos encontremos ante un traumatismo craneal debemos sospechar la posibilidad de una lesión en la columna vertebral. (IBID)

En los traumatismos craneales podemos encontrar:

- **Heridas que afectan a la cabeza**

La piel de la cabeza es muy gruesa y se desplaza con cierta facilidad sobre la superficie del cráneo; esto provoca que, en caso de traumatismo, su desprendimiento sea fácil originando las llamadas heridas en escala.

La gran presencia de vasos sanguíneos en la zona, hace que estas heridas sean muy sangrantes, y por ello normalmente el tratamiento de estas lesiones suele ser prioritaria la detención de la hemorragia. (IBID)

- **Fracturas y contusiones del cráneo**

Cuando se presenta una fractura del cráneo, lo más importante es la posible lesión del encéfalo. Si la fractura es abierta es fácilmente observable, porque puede llegar a verse el tejido nervioso.

Los traumatismos de la cara pueden tener importancia tanto si implican lesiones en la boca-nariz, por su implicación en la función respiratoria, como si implican a órganos propios de los sentidos (oído, vista, gusto, olfato). (IBID)

- **Traumatismo en la columna vertebral**

La columna vertebral como conjunto de huesos no presenta un riesgo por la fractura de una vértebra en sí misma, sino por la posible lesión que pueda producirse en la médula espinal.

La lesión medular implica siempre una lesión traumática en la estructura músculo esquelética, ósea y en los ligamentos.

Los traumatismos en la región cervical (cuello), con independencia de las lesiones óseas y medulares que puedan existir, pueden tener afectadas estructuras blandas, situadas en la parte anterior. (IBID)

- **Traumatismo en el tórax**

Traumatismos que producen lesiones en el tórax o en alguno de los órganos que contiene. Los traumatismos torácicos pueden comprometer tanto la vía aérea directamente, como la función cardíaca y respiratoria, por tanto, implican un riesgo vital para la víctima.

Según el mecanismo de producción, las lesiones pueden ser cerradas, en las que no existe alteración de la piel ni de la pared torácica, o lesiones abiertas, en las que la cavidad pleural está perforada, y esto comporta el colapso del pulmón y la pérdida de su capacidad con la consiguiente dificultad respiratoria. (IBID)

2.5.4 LESIONES TRAUMATOLÓGICAS

Son aquéllas donde existe el antecedente de una energía traumatizante inmediata, reciente, de pocas horas, pocos días. (AYBAR, Alfredo)

La causa de estas lesiones puede ser:

- **Caídas**

Se puede definir caída como la pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona.

No todas las caídas en la misma persona obedecen siempre a la misma causa, al ser multicausal, la acción preventiva debe ser amplia, influyendo tanto en las causas intrínsecas como las extrínsecas.

Tipos:

- Accidental (factor extrínseco)
- No accidental (factor intrínseco), pérdida súbita de conciencia, alteración de la conciencia, dificultad para la de ambulación. (IBID)

- **Torceduras**

También llamada esguince, es la rasgadura o estiramiento excesivo de algún ligamento (banda resistente de tejido elástico que está unida a las articulaciones), lo cual puede suceder por caídas, movimientos violentos o golpes que desplazan la articulación de su posición normal. Son más comunes en el tobillo, codo, muñeca, pulgar y cuello, aunque también afectan a otras regiones corporales. (IBID)

- **Osteoporosis**

Es una enfermedad en la cual los huesos gradualmente llegan a debilitarse, causando cambios en la postura y haciéndolos extremadamente susceptibles a las fracturas. El término osteoporosis deriva del latín, que significa literalmente “huesos porosos”. Porque de las diferencias fisiológicas, nutricionales y hormonales entre hombres y mujeres; la osteoporosis afecta primariamente a mujeres. Realmente esta enfermedad debilitante aflige más a mujeres que la enfermedad cardiovascular, cáncer de mama o artritis, la mitad de la población femenina que está entre las edades de 45 y 75 años muestran algún grado de osteoporosis. (IBID)

- **Problemas congénitos**

Son enfermedades hereditarias, lo cual significa que la persona nace con ella y tiene que aprender a valerse por sí mismo, en ocasiones rehabilitarse para no sufrir consecuencias aun mas graves. (IBID)

- **Contusión**

Lesión de los tejidos blandos que provoca la rotura de los pequeños vasos y hemorragia en el punto traumatizado. (R.D. Guevara, 1997)

Variable dependiente.- Niveles de Depresión

2.5.5 AFECTIVIDAD

La vida afectiva es el conjunto de estados y tendencias que el individuo vive de forma propia e inmediata (subjetividad), que influyen en toda su personalidad y conducta (trascendencia), especialmente en su expresión (comunicatividad), y que por lo general se distribuyen en términos duales, como placer-dolor, alegría-tristeza, agradable-desagradable, atracción-repulsión, etc (polaridad)". (J.L. Rubio Sánchez, 1996)

Definición de afectividad:

La afectividad es aquel conjunto del acontecer emocional que ocurre en la mente del hombre y se expresa a través del comportamiento emocional, los sentimientos y las pasiones.

La afectividad es el conjunto de sentimientos inferiores y superiores, positivos y negativos, fugaces y permanentes que sitúan la totalidad de la persona ante el mundo exterior. (J.L. Rubio Sánchez, 1996)

Importancia de la afectividad:

La importancia de la afectividad dentro de la totalidad de la personalidad radica:

- Un elevado porcentaje de nuestras acciones no es el resultado de razonamientos sino de estados afectivos.
- Algunas de las decisiones más importantes: profesión, matrimonio, están fuertemente condicionadas por nuestra afectividad. (SUE, David, 1995)

Características de la Afectividad:

- Polaridad.- Consiste en la contraposición de direcciones que pueden seguir de lo positivo a lo negativo. del agrado al desagrado, de lo justo a lo injusto, de la atracción a la repulsión.
- Intimidad.- Expresa subjetividad como una situación profunda y personal
- Profundidad.- Grado de significación o importancia que le asigna el sujeto al objeto.
- Intencionalidad.- Porque se dirige hacia un fin sea positivo o negativo.
- Nivel.- Unos son mas bajos y otros elevados
- Temporalidad.- Esta sujeto al tiempo; inicio y final.
- Intensidad.- Los afectos experimentan distinto grado o fuerza: risa, sonrisa, carcajada.
- Amplitud.- Los procesos afectivos comprometen a toda la personalidad del individuo. (SUE, David, 1995)

Clasificación de la afectividad:

Según Descartes, distinguió tres clases de afectos: las emociones, estados afectivos de aparición brusca, y duración breve; los sentimientos, mas complejos, menos intensos y mas estables y duraderos, y las pasiones, bruscas e intensas como las emociones y estables como los sentimientos.

Wolman, en un intento de aclaración de los procesos afectivos estableció 8 clases:

- Sentimientos simples asociados a sensaciones.
- Sentimientos orgánicos negativos, como el dolor y la fatiga, o positivos, como la saciedad y el bienestar.
- Sentimientos de actividad ligados a los impulsos biológicos y a los intereses.
- Sentimientos y actitudes morales, estéticos, religiosos, intelectuales y sociales.
- Humores persistentes (jovialidad, excitación, exaltación, ansiedad, depresión).
- Afectos patológicos.
- Emociones de miedo, ira, vergüenza, humillación, etc.
- Los temperamentos como afectividad estable.

El estudio fenomenológico de la afectividad supuso la clasificación de los sentimientos por parte de Scheler, en cuatro grandes grupos: sensoriales, vitales, psíquicos o del yo, y espirituales. Pero ha sido Lersch quien, siguiendo al anterior, y dentro de un completo sistema psicológico en el que concibe las emociones como afectos inmediatos, intensos y breves, y los sentimientos como temples estacionarios, en función de las tendencias a cuyo dinamismo corresponden, ha clasificado las emociones y los sentimientos en tres grandes grupos: vitales, individuales y transitivo.

Como síntesis de un amplio y profundo estudio se establece la siguiente relación:

- Emociones de la vitalidad: dolor, placer, aburrimiento, saciedad y repugnancia, asco, diversión y fastidio, alegría y aflicción, embeleso y pánico.
- Emociones del yo individual: susto, agitación, ira, temor, confianza y desconfianza, impaciencia, contento y descontento, envidia, resentimiento, celos, triunfo, derrota, halago y agravio, desquite, alegría por el daño ajeno, gratitud, inferioridad y vergüenza, estimación y desprecio de sí mismo, y arrepentimiento.
- Emociones transitivas: simpatía y antipatía, estima y desprecio de prójimo, respeto y burla, escarnio, comprensión, amor al prójimo, amor erótico, odio, alegría de crear, asombro, admiración, duda y convencimiento, amor a las cosas, sentimientos normativos (del deber, de la justicia), contrariedad, indignación, cólera y, finalmente, sentimientos artísticos, metafísicos y religiosos.
- Sentimientos vitales: estados afectivos corporales o tonalidades afectivas psicosomáticas (bienestar, malestar, escalofrío, acaloramiento, hambre, sed, cansancio, somnolencia, frescura, náusea, indisposición, fuerza, debilidad, tensión, soltura intranquilidad, sosiego), estados del ánimo (jovialidad, ánimo festivo, depresión, amargura, ecuanimidad, sosiego), y formas paroxísticas del sentimiento vital (angustia y éxtasis).
- Sentimientos del yo: del propio poder y del propio valor.
- Sentimientos transitivos o cósmicos: seriedad, optimismo y pesimismo, sentimientos nihilistas y sentimiento mundano del humor. (J.L. Rubio Sánchez, 1996)

2.5.6 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Son muchos los trastornos del estado de ánimo, a veces denominados también trastornos afectivos, condiciones médicas asociadas con las fluctuaciones en la química del cerebro y del cuerpo que requieren el cuidado clínico de un psiquiatra u otro profesional de la salud mental. Entre los cuales tenemos: (HOLLANDER, Erick, 2007)

Depresión Grave

La depresión es un trastorno depresivo que afecta al cuerpo, al estado de ánimo y a los pensamientos. Puede afectar o alterar radicalmente la alimentación, el sueño y la manera de pensar, pero no es lo mismo que sentir tristeza o estar decaído, ni tampoco es indicio de debilidad personal ni constituye un estado que pueda disiparse o modificarse a voluntad. Las personas que sufren una enfermedad depresiva no pueden simplemente "recobrar el ánimo" y reponerse. A menudo es necesario el tratamiento que, a veces, es incluso decisivo para la recuperación. (HOLLANDER, Erick, 2007)

Síndrome Maníaco Depresivo / Trastorno Bipolar

El síndrome maníaco depresivo, conocido también con el nombre de trastorno bipolar, es un tipo de trastorno afectivo o del estado de ánimo que supera los altibajos cotidianos, convirtiéndose en una seria condición médica. El síndrome maníaco depresivo se caracteriza por episodios periódicos de gran júbilo, con ánimo eufórico o irritabilidad (episodios que constituyen la fase maníaca) a los que se contraponen episodios también periódicos de síntomas depresivos clásicos. (HOLLANDER, Erick, 2007)

El trastorno bipolar afecta alrededor del 1% al 1.5% de la población. En una sociedad globalizada y altamente competitiva, la opción de obtener éxito condiciona a personas a realizar grandes esfuerzos y resistir fuerte presiones que conducen a los individuos a manifestar conductas depresivas y, en ocasiones, maniacas que determinan trastornos conductuales tanto en su vida personal y familiar como en lo social. (HOLLANDER, Erick, 2007)

En el trastorno bipolar la intensidad y duración de los síntomas se va incrementando en una lenta progresión a lo largo de muchos años; también tener una expresión leve con episodios de baja frecuencia. (HOLLANDER, Erick, 2007)

El promedio de episodios maniacos o depresivos en el trastorno bipolar es de 8 a 10 a lo largo de la vida de un enfermo, sin embargo puede manifestarse de manera severa respecto de sus síntomas. Se calcula que un 15% manifiestan un ciclo rápido, alternando episodios de manía y depresión al menos 4 veces en un año en los casos mas graves, pueden presentarse varios ciclos diarios. La posibilidad de presentar un trastorno bipolar durante la vida es de alrededor de 1% tanto para hombres como mujeres. Se considera que este porcentaje podría aumentar la medida que haya mas certeza en su diagnostico. Puede comenzar en niños o ancianos, pero el promedio de edad para su inicio es entre los 20 y 30 años de vida; no hay diferencias muy marcadas según genero, raza, situación geográfica y estado socioeconómico. (HOLLANDER, Erick, 2007)

Distimia

La distimia, también llamada trastorno distímico, se define como un tipo de trastorno afectivo o del estado de ánimo que a menudo se parece

a una forma de depresión grave (clínica) menos severa, pero más crónica. Sin embargo, las personas que tienen distimia también pueden experimentar a veces episodios de depresión grave. (HOLLANDER, Erick, 2007)

Este tipo de trastorno se trata de la presencia de un estado de ánimo crónicamente deprimido durante la mayor parte del día casi todos los días a lo largo de casi dos años como mínimo (un año en niños y adolescentes). Además están presentes por lo menos 2 de los síntomas de depresión mayor (cambios en el apetito, alteraciones del sueño, poca energía, baja autoestima y falta de concentración, sentimientos de desesperanza). La distimia tiene una prevalencia en toda la vida del 6% y afecta a las mujeres 1.5 a 3 veces más frecuentemente que a los hombres. Suele comenzar en forma insidiosa a una edad temprana y es crónica.

La distimia rara vez existe sola; más de las tres terceras partes de los pacientes padecen algún otro trastorno, generalmente depresión mayor (lo cual da origen a una "Depresión Doble"). (HOLLANDER, Erick, 2007)

El Trastorno Afectivo Estacional

El trastorno afectivo estacional (su sigla en inglés es SAD) es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por depresión en relación con una determinada estación del año, especialmente el invierno. Sin embargo, el SAD no suele describirse como un trastorno separado del estado de ánimo sino como una especie de "indicador" que hace referencia al patrón estacional de los episodios de depresión grave que pueden suscitarse dentro de la depresión grave y del síndrome maníaco depresivo. (SUE, David, 1995)

2.5.7 DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno con alto índice de frecuencia en la consulta diaria. Se considera actualmente que de cada 10 pacientes que llegan al consultorio del médico general, uno la padece. (Barnet, 1995).

La depresión se puede definir como un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el mundo y la falta de esperanza en el futuro. Durante los episodios depresivos, el sujeto sufre de un descenso en su estado de ánimo, una disminución de la vitalidad y una reducción en su nivel de actividad.

La capacidad de disfrutar las cosas, así como el interés y la concentración disminuyen, agregándole habitualmente cansancio exagerado, incluso tras un esfuerzo mínimo. La regla es que ocurran trastornos en el sueño y en el apetito. La confianza y la estima de sí mismo casi siempre disminuyen, e incluso en las formas menores hay ideas de culpa y de inutilidad, el futuro se ve como sombrío y son frecuentes los pensamientos y actos de suicidio.

El descenso del estado de ánimo es constante día tras día, sin responder a cambios en las circunstancias ambientales, aunque puede mostrar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distimia en cada episodio, las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación motriz pueden predominar sobre la sintomatología depresiva.

Es frecuente que la aflicción, el desaliento y el estado de ánimo depresivo estén enmascarados por situaciones que parecieran no estar relacionadas con la depresión. Se calcula que más del 50% de los

pacientes deprimidos tienen cuadros clínicos diferentes a la depresión como:

1. Cambios y alteraciones en la conducta, crisis matrimoniales y de valores; alcoholismo, abuso de drogas, bajo rendimiento laboral y/o escolar.
2. Síntomas de angustia: vértigo, angustia flotante, alteraciones vegetativas y otras expresiones somáticas de la angustia.
3. Síntomas “Mentales”; ideas obsesivas, ideas paranoides, fobias, celotipias, ideas hipocondríacas,
4. Molestias somáticas: cefaleas, lumbalgias, lesiones traumatológicas, mialgias, colitis

El paciente puede mostrar ligera abulia, disminución del interés, pérdida del apetito e insomnio o necesidad de dormir más de lo habitual. A menudo estas manifestaciones no son consideradas importantes, por lo que no acuden al médico y piensan que pasan por una mala época, sin darle más importancia.

La depresión puede presentarse en cualquier época de la vida, incluyendo la niñez, aunque el promedio de edad para el inicio de la depresión mayor es a los 20 años. Los síntomas del trastorno se desarrollan en días o semanas. Los síntomas prodrómicos incluyen ansiedad generalizada, crisis de angustia, fobia y, muy frecuentemente, trastornos del sueño como el insomnio o la hipersomnia. En algunos pacientes pueden presentarse súbitamente la mayoría de los síntomas del síndrome depresivo que puedan estar asociados con severo estrés psicosocial.

La depresión mayor en adolescentes se asocia con abuso de sustancias y la conducta antisocial. La depresión post parto se presenta

en el 10% de las madres. En las adolescentes la depresión post parto aumenta la posibilidad de consumo de alcohol y de sustancias ilegales.

Síntomas Afectivos:

- Tristeza.- Estado afectivo provocado por un decaimiento de la moral.
- Anhedonia.- dificultad para disfrutar de situaciones o eventos que habitualmente le despertaban alegría o gozo, con disminución a pérdida de interés hacia los mismos hacia la vida.
- Disminución o abatimiento del ánimo.
- Abulia.- falta de fuerza de voluntad que incluye incapacidad para tomar iniciativas propias.
- Desesperanza.- estado de ánimo que produce falta de esperanza.
- Melancolía.- es una grave dolencia caracterizada por una intensa tristeza, originada por el efecto de la bilis negra sobre el cerebro.
- Ansiedad.- La ansiedad es una respuesta de nuestro organismo ante situaciones que generan estrés.
- Sentimientos de culpa.- Experiencia dolorosa que deriva de la sensación más o menos consciente de haber transgredido las normas éticas personales o sociales.
- Autodesprecio.- desagrado de la propia imagen, vergüenza.
- Irritabilidad.- es la propensión a irritarse o sentir ira.
- Intranquilidad.- inquietud, zozobra.
- Disforia.- Disgusto persistente (HOLLANDER, Erick, 2007)

Síntomas Cognoscitivos

- Dificultad para concentrarse
- Disminución del rendimiento intelectual

- Incapacidad para afrontar y resolver problemas cotidianos
- Pesimismo.- es creer que probablemente no resolverán nunca los problemas por los que se está atravesando.
- Ideas de minusvalía._ sentirse incapaz de realizar una determinada situación.
- Autoreproches.- culpa excesiva
- Indecisiones o dudas exageradas
- Fallas para hacer un juicio realista sobre si mismo
- Pensamiento obsesivo
- Ideas de culpa, vergüenza, pecado, etc
- En depresiones graves el contenido puede ser delirante
- Pensamientos autodestructivos (HOLLANDER, Erick, 2007)

Síntomas Conductuales:

- Aspecto de abatimiento, predominando los músculos flexores y aductores sobre los extensores y abductores.
- Faltas al trabajo
- En estudiantes: disminución del rendimiento escolar
- Alcoholismo, farmacodependencia
- Intentos de suicidio
- Retardo psicomotor, inhibición en actividades físicas y en el habla
- Cuando la ansiedad es importante: inquietud e inmovilidad pudiendo llegar a la agitación motora. (HOLLANDER, Erick, 2007)

Síntomas Psicofisiológicos:

- Trastornos en el sueño, despertar temprano durante la madrugada es la alteración más frecuente. Durante el día: somnolencia o hipersomnia.

- Cambios en el apetito: anorexia o hiperoexia
- Cambios en el peso corporal
- Disminución de la energía en general: se cansa fácilmente, no resiste las labores habituales
- Disminución del deseo sexual
- Constipación.- al retardo o la incapacidad en la defecación, por un período de más de dos semanas.
- Cefalea.- hace referencia a los dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza,
- Mareos.- una sensación de que uno se podría desmayar, sentirse inestable, perder el equilibrio
- Halitosis.- es un síntoma o un signo caracterizado por mal aliento u olor desagradable de la cavidad oral.
- Molestias somáticas. (HOLLANDER, Erick, 2007)

Depresión en pacientes con enfermedades somáticas:

La depresión a menudo afecta a personas con enfermedades somáticas. Estos pacientes pueden experimentar un trastorno depresivo mayor, un trastorno adaptativo con depresión o una depresión atribuible a su dolencia (Por ejemplo infección por el VIH, traumatismo cerebral, lesiones traumatológicas, cáncer, accidentes cerebrovascular, lupus eritematoso). En esta población se plantea problemas y consideraciones terapéuticos especiales. (HOLLANDER, Erick, 2007)

Depresión posterior a un accidente cerebrovascular:

La depresión es frecuente en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular. Sin intervención, la frecuencia y la intensidad de la depresión en estos pacientes alcanza los índices mas altos entre 6

meses y 2 años después del accidente cerebrovascular. La depresión en estos casos se correlaciona en alto grado con la incapacidad de la persona para reanudar sus actividades sociales y físicas, la intensidad de la depresión parece correlacionarse con la proximidad de la lesión al polo frontal anterior izquierdo y a lesiones subcorticales. Los pacientes con depresión marcada después de haber sufrido el accidente cerebrovascular por lo general presentan más compromiso neurológico, tiene antecedentes de depresión y pertenecen al sexo femenino. (HOLLANDER, Erick, 2007)

2.5.7 NIVELES DE DEPRESIÓN

Son estándares que permiten establecer el grado de intensidad de los síntomas que se presentan en la depresión:

- **Depresión leve.-** En este tipo de depresión se presentan por lo menos de 3 a 4 síntomas de un total de 12, los mismos que varían en su intensidad dejando en ocasiones que el individuo continúe con sus actividades diarias.

En la depresión leve se puede encontrar por lo menos cuatro de los siguientes síntomas depresivos: estado de ánimo depresivo, energía reducida que conduce a disminución de la actividad, reducción en concentración y atención, reducción en autoestima y confianza de sí mismo, ideas de culpa y minusvalía, perspectivas sombrías y pesimistas acerca del futuro, trastornos del sueño y disminución del apetito. (LYDDON, William, 2000)

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados en el párrafo anterior. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo. (CIE10)

- **Depresión Moderada.-** Este tipo de depresión es más grave ya que presenta un mayor número de síntomas con una intensidad más elevada y sobre todo invalida al individuo en algunas de sus actividades cotidianas.

La depresión moderada puede causar dificultades en el trabajo o con tareas diarias. Los síntomas se encuentran presentes y son más obvios en sus manifestaciones.

En un episodio moderado de la depresión, las características centrales son humor bajo, la carencia del disfrute, el pensamiento de la negatividad y la energía reducida, que conducen al funcionamiento social y ocupacional disminuido.

Se comienza a menudo a preocuparse de cosas innecesariamente por ejemplo funcionamiento en el trabajo, aunque estén manteniendo estándares normales en lo laboral, o se vuelven más

sensible y susceptible a la sensación de ser lastimados u ofendidos dentro de relaciones personales. (LYDDON, William, 2000)

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. (CIE10)

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

- **Depresión Grave.-** La depresión es un trastorno depresivo que afecta al cuerpo, al estado de ánimo y a los pensamientos. Puede afectar o alterar radicalmente la alimentación, el sueño y la manera de pensar, pero no es lo mismo que sentir tristeza o estar decaído, ni tampoco es indicio de debilidad personal ni constituye un estado que pueda disiparse o modificarse a voluntad. (LYDDON, William, 2000)

La depresión grave se puede generar con síntomas psicóticos o sin síntomas psicóticos:

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave. (CIE10)

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas. (CIE10)

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado. (CIE10)

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. (CIE10)

2.6 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS:

2.6.1 HIPÓTESIS

Las lesiones traumatológicas son la principal causa que influye, en la aparición de ciertos niveles de depresión en los pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación Física del Patronato Municipal de la Ciudad de Latacunga Provincia de Cotopaxi.

2.7. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES:

Unidad de observación.- Pacientes del Centro de Rehabilitación del Patronato Municipal de La Ciudad de Latacunga.

Variable Independiente: Lesiones Traumatológicas

Variable Dependiente: Niveles de Depresión

Término de Relación: Influye

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE

Esta investigación se basará en el paradigma crítico-propositivo, para lo cual se utilizará un tipo de análisis cualitativo, ya que busca la comprensión de un problema que afecta a la sociedad, con este tipo de análisis podemos tener dos perspectivas una interna del problema que se está tratando y otra externa, lo cual ayuda a encontrar variables que estando en una sola perspectiva no pueden ser observadas. Al manejar este tipo de análisis podemos descubrir o comprobar una hipótesis y como nuestro trabajo es flexible, abierto y nunca acabado se podrá corregir algún error en capítulos anteriores.

3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación que se realizará es de tipo social, ya que el beneficio buscado es ayudar a las personas que están involucradas con esta problemática.

Además va a ser una investigación de tipo conjunta porque se va a utilizar investigación bibliográfica - documental e investigación de campo, la primera ya que esta investigación da la oportunidad de manejar,

detectar y profundizar en el tema. También se puede conocer el criterio de otros autores como una fuente primaria y de revistas o libros como una fuente secundaria. Mientras que la segunda nos permite estar en contacto con la muestra y el lugar de los hechos, mediante la cual podrá acceder a la información y recopilación de los datos que sean necesarios para la investigación a realizar, los datos obtenidos serán de fuentes primarias.

3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente proyecto partirá del nivel exploratorio, avanzando hacia un nivel descriptivo, para lo cual iniciará con la investigación de los niveles de depresión más frecuentes tanto en los pacientes con lesiones traumatológicas permanentes y temporales, por lo cual se recurrirá a la fuente de información, esto incluye a los familiares y al mismo paciente, utilizando métodos y técnicas psicológicas como la entrevista y los reactivos psicológicos. Analizando tanto los componentes y factores que aportan a la depresión en pacientes con lesiones traumatológicas y a la vez medir el grado de relación que mantienen las variables; posteriormente se verá el impacto en el entorno social al momento de obtener los resultados y comparar los mismos con la hipótesis planteada.

3.4 POBLACIÓN

La población es de 29 personas, y está distribuida de la siguiente manera:

Traumatólogos:	2
Terapistas Físicos:	2
Auxiliares;	2
Pasantes Terapia Física:	4
Voluntarios:	1
Psicóloga Clínica	1

Pasante de Psicología Clínica	2
Pacientes permanentes:	15
TOTAL	29

3.5 MUESTRA

En esta investigación se trabaja con:

- 15 pacientes que asisten de forma continua a la institución y sufren de algún tipo de lesión traumatólogica.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente: Lesiones Traumatológicas

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICA	INSTRUMENTOS
Son aquellas afecciones que provocan traumas temporales y permanentes en el individuo.	Traumas Temporales	Fracturas Esguinces Luxaciones	¿Cuáles son los traumas temporales más frecuentes?	Observación	Cuaderno de notas o apuntes Historia Clínica
	Traumas Permanentes	Lesión de la columna vertebral. Lumbalgia Paraplejía Atrofia	¿Cuáles son los traumas permanentes más frecuentes?	Entrevista	Cuestionario No estructurado
				Observación	Cuaderno de notas Historia Clínica
				Entrevista	Cuestionario No estructurado

Variable dependiente: Niveles de Depresión

CONTEXUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICA	INSTRUMENTOS
Son estándares que permiten establecer el grado de intensidad de los síntomas depresivos.	Intensidad	Leve Moderado Grave	¿Cuál es la intensidad de los síntomas depresivos?	Entrevista Encuesta Observación	Cuestionario no estructurado Cuestionario estructurado (Inventario de Depresión de Beck) Cuaderno de notas Historia Clínica
	Síntomas Depresivos	-Estado de ánimo depresivo -Pérdida de interés -Pérdida de peso -Pérdida de apetito -Insomnio o hipersomnia	¿Cuáles son los síntomas más frecuentes en la depresión?	Entrevista Encuesta Observación	Cuestionario no estructurado Cuestionario estructurado (Inventario de Depresión de Beck)

3.7. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1.- ¿Para qué?	Para investigar cómo influyen las Lesiones Traumatológicas en la aparición de ciertos Niveles de Depresión.
2.- ¿De qué personas?	Pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación del Patronato Municipal de la Ciudad de Latacunga.
3.- ¿Sobre qué aspectos?	La depresión de los pacientes con Lesiones Traumatológicas y su influencia en su estilo de vida
4.- ¿Quién?	Carmen Victoria Rubio Salazar
5.- ¿Cuándo?	Período Octubre 2009 – Marzo 2010
6.- ¿Dónde?	Centro de Rehabilitación del Patronato Municipal de Latacunga.
7.- ¿Cuántas veces?	2
8.- ¿Qué técnicas de recolección?	Observación, entrevistas y encuestas.
9.- ¿Con qué?	Cuaderno de notas, historias clínicas y cuestionario no estructurado
10.- ¿En qué situación?	Cuando los pacientes asisten a su rehabilitación física.

3.8. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información de la prueba piloto (Anexo B), se obtuvo a través de una encuesta, mediante lo cual se consiguió los siguientes resultados:

De un total de 15 personas: 10 que corresponden al 66.7% presentan síntomas depresivos, 5 que corresponden al 33.3%, refieren no sentirse tristes ni manifestar ningún síntoma de tristeza.

Del total de encuestados todos padecen una lesión traumatológica diferente, los cuales son:

- Fracturas: 7 – 46.7%
- Lumbalgia: 3 - 20%
- Esguince: 1 - 6.7%
- Artrosis: 1 – 6.7%
- Paraplejia: 3 – 20%

La información obtenida se transformará siguiendo estos procedimientos:

- Análisis de la información recogida.
- Filtrar información defectuosa o inválida
- Repetir la recolección de datos en ciertos casos, para corregir fallas.
- Tabular la información según la variable y la hipótesis.
- Hacer un estudio estadístico y presentar los resultados.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. HISTORIA CLÍNICA (Anexo C)

A través de la entrevista con los pacientes y la recopilación de datos para la historia clínica, se obtuvo información importante para la investigación, entre ella se encontró que los síntomas de tristeza, pesimismo, falta de energía, llanto fácil, se generaron a partir de la lesión que padecieron, ya que algunos de los pacientes refirieron sentirse “inútiles”, además mencionaron el 40% de los pacientes que sus familias están cansadas de llevarlos a rehabilitación y estarlos atendiendo, por lo cual se sienten incomprendidos intranquilos, situación que en ocasiones hace que falten a la rehabilitación y decaigan en sentimientos de tristeza el 60% de los pacientes presentando: 60% sentimientos de minusvalía y una sensación de fracaso el 40%.

Las personas entrevistadas comentaron en un 70% que el no poder usar todas sus capacidades como antes les ha hecho sentirse menos necesarios en sus hogares porque en el caso de las mujeres que corresponden al 33.3 de la población, mencionaron que sus esposos ya están cansados de no ser atendidos al igual que sus hijos y los hombres que son el 66.7% refirieron sentirse dependientes de las personas que los

rodean cuando estaban acostumbrados a valerse por sí mismos, además en un 40% mencionaron que en sus familias existe falta de comprensión.

Al saber que su recuperación se lograra siendo constantes tienen una esperanza mencionaron, pero se sienten en un 40% fracasados por no poder hacer algo para que la recuperación sea rápida.

4.2. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Anexo D)

Cuadro N° 1

NIVELES DE DEPRESIÓN	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
Ausencia de depresión	1	7
Depresión leve	4	27
Depresión moderada	9	60
Depresión severa o grave	1	6
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: los resultados indican que de los pacientes investigados: el 7% presentan ausencia de depresión, el 27 depresión leve, el 60% depresión moderada, y el 6% depresión grave.

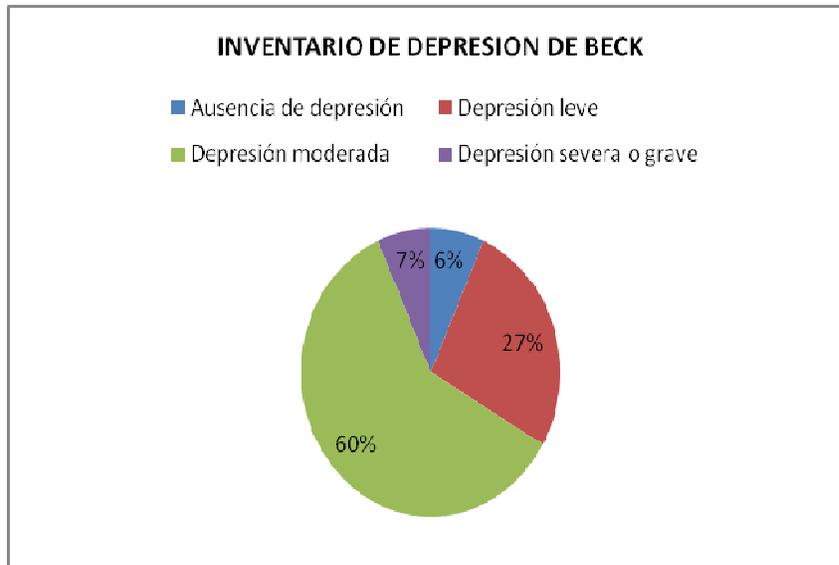


Gráfico N° 1

INTERPRETACIÓN: después de la aplicación del inventario de Beck, se obtiene que el 60% de los pacientes presentan depresión moderada, lo cual significa que sus síntomas de tristeza, pesimismo, fracaso, llanto fácil están afectando en su rehabilitación física; además se obtiene que el 27% de los pacientes presentan depresión leve, que significa que presentan síntomas depresivos que a pesar de que no son muy intensos en el momento que se presentan pueden generar en el paciente inconveniente en su vida diaria; finalmente se obtiene el 7% que corresponde a un paciente que presenta depresión grave razón por la cual esta persona presenta los síntomas de una manera mas intensa y es necesario buscar ayuda de un psiquiatra para salvaguardar la vida del paciente.

1. TRISTEZA.

Cuadro N° 1.1

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
No me siento triste.	2	13
Me siento triste.	9	60
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.	4	27
Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.	0	0
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: en lo referente a la tristeza los pacientes presentan los siguientes resultados: el 13% refiere no sentirse triste, el 60% sentirse triste, y el 27% sentirse triste continuamente y no poder dejar de estarlo.



Gráfico N° 1.1

INTERPRETACIÓN: Un 60% de los pacientes al sentirse tristes y el 27% de pacientes que refieren no poder evitar de estar así, generan

una pérdida del interés en las cosas que realizan, lo cual hace que no vayan a su rehabilitación y que pierdan la continuidad del tratamiento; por otra parte el 13% de los pacientes que refieren no sentirse tristes continuamente, no significa que no puedan generar este síntoma en algún momento de su tratamiento por lo cual es necesario tener en cuenta su estado de animo en diversas situaciones.

2. PESIMISMO

Cuadro N° 1.2

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.	4	27
Me siento desanimado de cara al futuro.	8	53
Siento que no hay nada por lo que luchar.	2	13
El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.	1	7
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: en la pregunta con respecto al pesimismo se obtiene los siguientes resultados: No me siento especialmente desanimado de cara al futuro 27%, Me siento desanimado de cara al futuro 53%, Siento que no hay nada por lo que luchar 13% y El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán 7%.

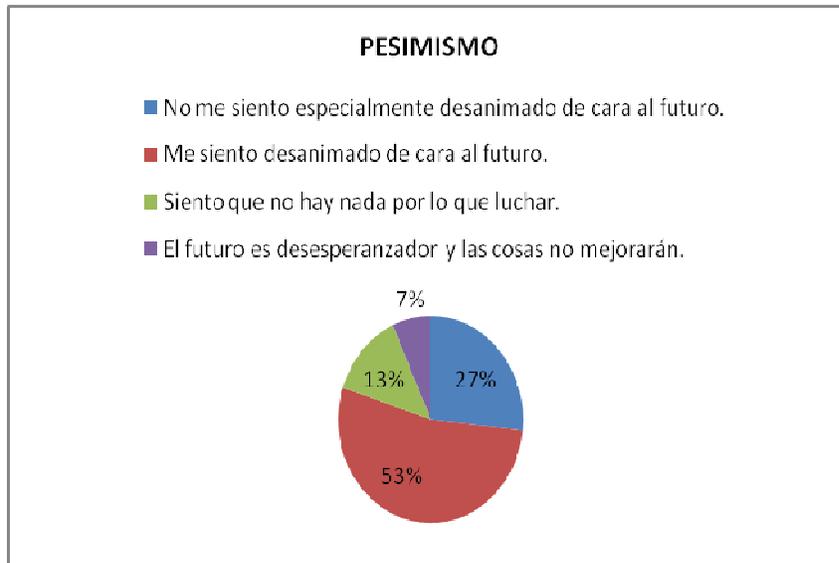


Gráfico N° 1.2

INTERPRETACIÓN: con respecto al pesimismo los pacientes en un 53% no esperan un buen futuro, lo cual es sustentado con su lesión traumatológica y más aun con su recuperación, progresiva, lenta y continua, lo cual en ocasiones les hace perder esperanzas en su recuperación, aun más cuando sus familiares no los apoyan; por otra parte el 27% de los pacientes refieren sentirse desanimados de cara al futuro situación por la cual no pretenden poner el máximo de su esfuerzo en la rehabilitación debido a que tienen la creencia de que las cosas no van a mejorar; el 13% sienten que no hay porque luchar, lo cual hace que hayan perdido las esperanzas en su vida y pueden llegar a lastimarse a si mismos y finalmente el 7% piensan que su vida les desespera y que las cosas no van a mejorar lo cual les ha hecho perder la esperanzas y abandonar todas las cosas importantes de su vida.

3. SENSACIÓN DE FRACASO

Cuadro N° 1.3

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
No me siento fracasado.	6	40
He fracasado más que la mayoría de las personas.	6	40
Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.	1	7
Soy un fracaso total como persona.	2	13
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: en la pregunta referente a la sensación de fracaso se obtiene los siguientes resultados: No me siento fracasado 40%, He fracasado más que la mayoría de las personas 40%, Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro 7% y Soy un fracaso total como persona 13%.

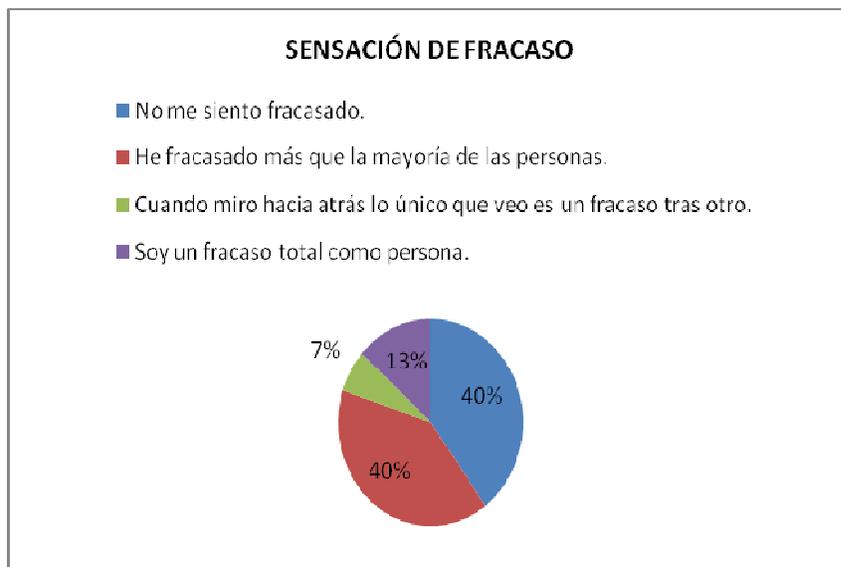


Gráfico N° 1.3

INTERPRETACIÓN: en lo referente al fracaso, se encuentra que el 40% de los pacientes se sienten fracasados con respecto a las demás personas, situación que hace que vean las cosas y las realicen con poco interés por miedo a volver a fracasar; otra parte de los entrevistados es decir el 40% mencionan no sentirse fracasados, lo cual en ocasiones puede variar depende a su estado de animo en ese momento; además existe un 13% de la muestra que refiere ser un fracaso total por lo que se creen incapaces de realizar una determinada actividad aunque esta sea para su beneficio propio situación que perjudica su tratamiento porque dejan de asistir a pesar de que empeoren su salud física y finalmente el 7% refiere que cuando miran el futuro solo ven fracasos situación que se debe al sesgo atencional que poseen lo cual tiene que tener relación con sus sentimientos actuales.

4. INSATISFACCIÓN

Cuadro N° 1.4

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
Las cosas me satisfacen tanto como antes.	1	7
No disfruto de las cosas tanto como antes.	10	67
Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.	2	13
Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.	2	13
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: en lo referente a la insatisfacción se obtiene los siguientes resultados: Las cosas me satisfacen tanto como antes 7%, No

disfruto de las cosas tanto como antes 67%, Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas 13% y Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo 13%.



Gráfico N° 1.4

INTERPRETACIÓN: las personas investigadas no se muestran satisfechas de las cosas que hacen como antes en un 67%, debido a que se sienten tristes e incapacitados con su lesión por la cual han dejado de hacer algunas actividades para poder estar asistiendo continuamente a su rehabilitación, situación que les hace sentirse insatisfechos con su rutina de vida y con las limitaciones que tienen ahora a causa de su situación física; el 13% de las personas mencionan que no sienten ninguna satisfacción con las cosas que realizan razón por la cual dejan de ejecutarlas a pesar de que perjudiquen su salud; en un 13% refieren estar aburridos con su rutina de vida y no poder desenvolverse como antes los hace sentirse aun mas insatisfechos; finalmente un 7% refiere sentirse satisfecho al igual que antes en su vida.

5. CULPA

Cuadro N° 1.5

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
No me siento especialmente culpable.	8	53
Me siento culpable en bastantes ocasiones.	4	27
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.	2	13
Me siento culpable constantemente.	1	7
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: con respecto a la pregunta sobre la culpa se obtiene: No me siento especialmente culpable 53%, Me siento culpable en bastantes ocasiones 27%, Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones 13% y Me siento culpable constantemente 7%.

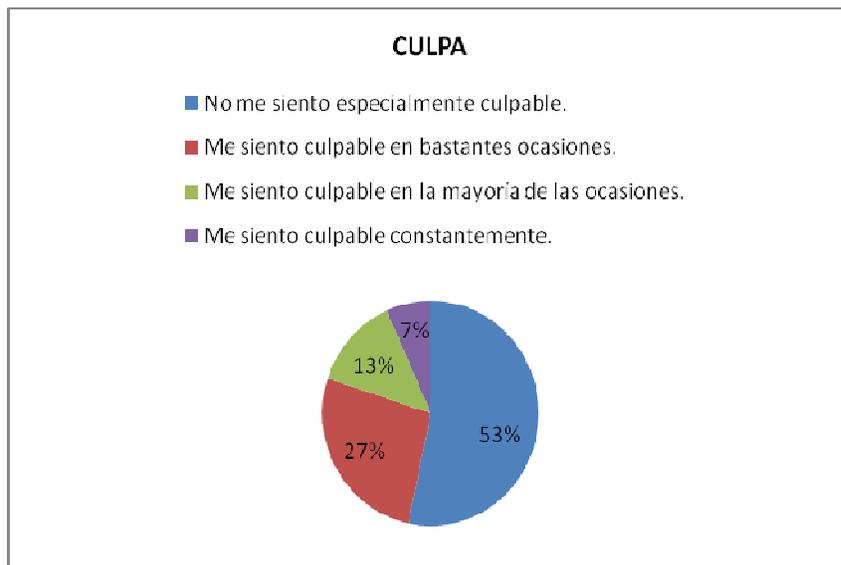


Gráfico N° 1.5

INTERPRETACIÓN: en lo que se refiere a la culpa los pacientes en un 53% no se sienten culpables por lo que están atravesando en su vida, debido a que han llegado a entender que sus lesiones y su situación actual no fue causado por ellos y tampoco con intención de estar dependiendo de sus familiares, comprenden que fue un accidente, por otra parte el 27% de los pacientes se sienten culpables en bastantes ocasiones, lo que significa que creen estar así por algo que ellos hicieron y el molestar a sus parientes para que les acompañen a la rehabilitación también les hace sentir culpables; el 13% de los pacientes se sienten culpables siempre lo cual es reforzado por el rechazo de sus familiares con respecto al acompañamiento en rehabilitación y ellos culpan al paciente de no dejarles hacer su vida de una forma tranquila; y el 7% se sienten culpables constantemente lo cual significa que su nivel de depresión le hace culpase de cosas que en realidad no tiene responsabilidad y no puede dejar de hacerlo.

6. EXPECTATIVAS DE CASTIGO

Cuadro N° 1.6

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
No creo que esté siendo castigado.	3	20
Siento que quizás esté siendo castigado.	6	40
Espero ser castigado.	0	0
Siento que estoy siendo castigado.	6	40
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: en lo referente a las expectativas de castigo se obtiene: No creo que esté siendo castigado 20%, Siento que quizás esté siendo castigado 40% y Siento que estoy siendo castigado 40%.



Gráfico N° 1.6

INTERPRETACIÓN: después del análisis se puede observar que un 20% de los pacientes no creen estar siendo castigados, lo que significa que asumen las cosas de una manera tranquila sin pensar que son culpables; por otra parte 40% de la muestra sienten que quizás están siendo castigados y que por ello sufrieron esa lesión que esta causando sus sentimientos de tristeza, lo cual a perjudicado su situación social y familiar y finalmente 40% de los pacientes se encuentran seguros de que están siendo castigados razón por la cual están pasando por una situación tan dolorosa como es la recuperación y el tratamiento de la lesión traumatológica.

7. AUTODESPRECIO

Cuadro N° 1.7

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
No estoy descontento de mí mismo.	9	60
Estoy descontento de mí mismo.	4	27

Estoy a disgusto conmigo mismo.	1	6
Me detesto.	1	7
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: en la pregunta con respecto al autodesprecio, se obtiene lo siguientes resultados: No estoy descontento de mí mismo 60%, Estoy descontento de mí mismo 27%, Estoy a disgusto conmigo mismo 6% y Me detesto 7%.

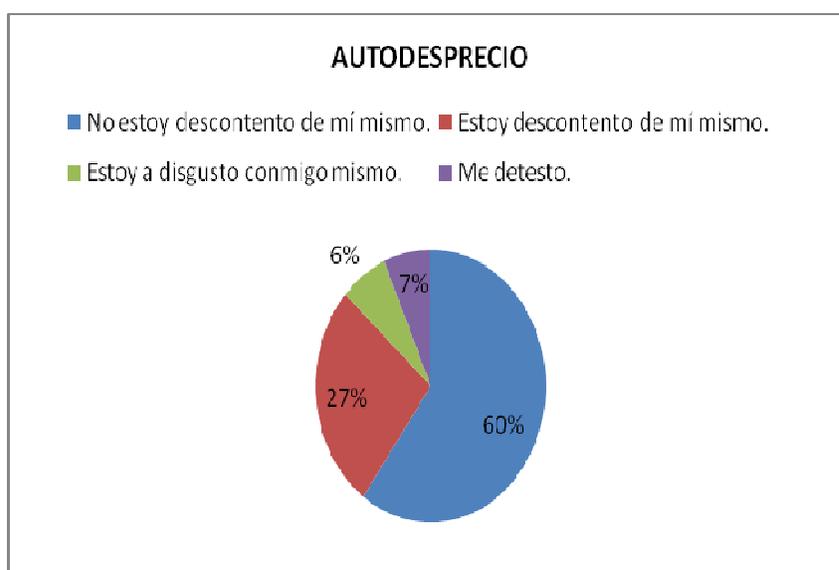


Gráfico N° 1.7

INTERPRETACIÓN: se puede observar que en la muestra seleccionada en un 60% no se encuentran descontentos si mismos, lo cual significa que se aceptan como son en ese momento y las cosas que tienen que enfrentar para estar mejor; en cambio el 27% se encuentra descontentos con la persona que son ahora y mas aun porque no pueden valerse por si mismos en algunas circunstancias y tienen que estar molestando a sus familiares para asistir a su rehabilitación; 6% de los pacientes se encuentran disgustados con si mismos por su situación física y por las molestias familiares que tienen que causar durante su tratamiento y el 7% de la muestra se autodesprecian, por lo que se puede

decir que la mayor parte del tiempo están descontentos consigo mismos y que no aceptan las limitaciones que tienen ahora.

8. AUTOACUSACIÓN

Cuadro N° 1.8

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
No me considero peor que cualquier otro.	6	40
Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.	6	40
Continuamente me culpo por mis faltas.	2	13
Me culpo por todo lo malo que sucede.	1	7
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: con respecto a las autoacusaciones se obtiene los siguientes resultados: No me considero peor que cualquier otro 40%, Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores 40%, Continuamente me culpo por mis faltas 13% y Me culpo por todo lo malo que sucede 7%.

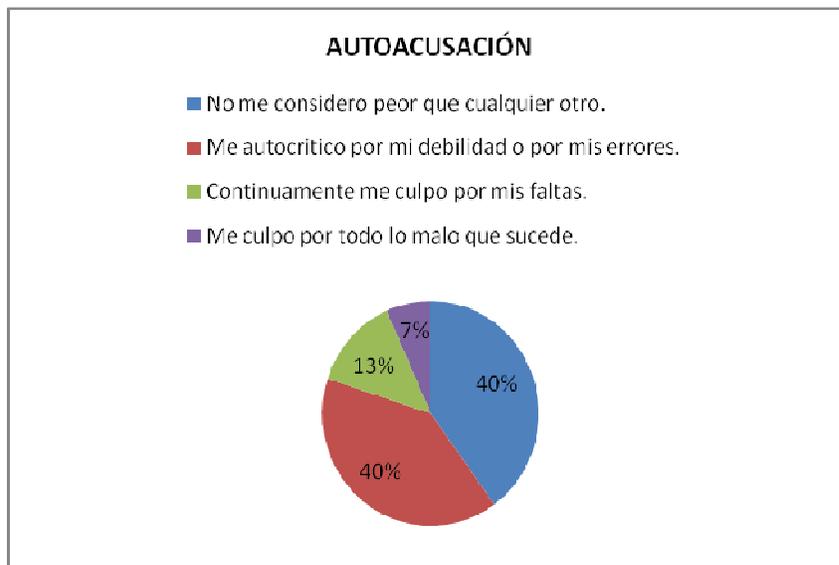


Gráfico N° 1.8

INTERPRETACIÓN: en los pacientes se observó que existe una crítica hacia sí mismo en un 40% por las debilidades que tienen y los supuestos errores que creen que han cometido y por los que piensan estar siendo castigados con su incapacidad; el 13% continuamente se culpa por sus faltas que cometió y que comete y no puede aceptar que los errores son de alguna manera aprendizajes para las personas que los cometen, lo importante es no volverlos a cometer; finalmente el 7% se culpa de todo lo malo que pasa a pesar de que en muchas ocasiones no tienen ningún tipo de responsabilidad determinados actos.

9. IDEA SUICIDAS

Cuadro N° 1.9

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
No tengo ningún pensamiento de suicidio.	12	80
A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.	3	20
Desearía poner fin a mi vida.	0	0
Me suicidaría si tuviese oportunidad.	0	0
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: en la pregunta con respecto a las ideas suicidas se obtiene los siguientes resultados: No tengo ningún pensamiento de suicidio 80% y A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré 20%.

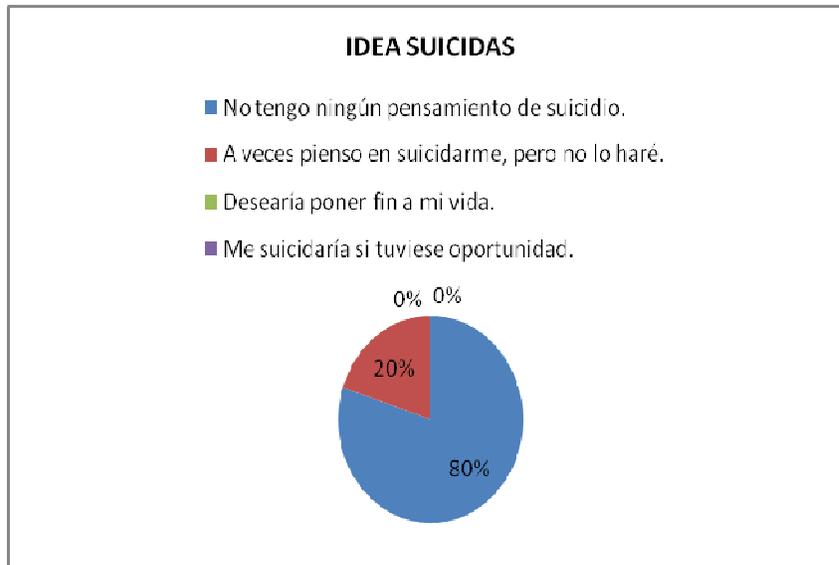


Gráfico N° 1.9

INTERPRETACIÓN: al analizar esta pregunta se denota que el 80% de los pacientes no presentan ideas suicidas, lo que significa que el nivel de su depresión no pone en riesgo su vida en un momento de tristeza o de sentimientos de insatisfacción con su vida actual y el 20% de los pacientes han considerado en atentar contra su vida pero afirman que no lo harán, sin embargo hay que trabajar en esas ideas cuando se presentan ya que puede que algún momento se autoagredan.

10. EPISODIOS DE LLANTO

Cuadro N° 1.10

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
No lloro más de lo normal.	12	80
Ahora lloro más que antes.	3	20
Lloro continuamente.	0	0
No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.	0	0
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: en la pregunta que se refiere a los episodios de llanto se obtiene como resultados lo siguiente: No lloro más de lo normal 80% y Ahora lloro más que antes 20%.



Gráfico N° 1.10

INTERPRETACIÓN: en el análisis de esta pregunta se denota que los pacientes a pesar de sentirse triste con la situación que están atravesando con su rehabilitación física, un 80% de ellos no presentan

llanto fácil, lo que significa que su nivel de depresión al no presentar muchos síntomas no es grave, mas bien se encuentra en lo moderado, como se obtuvo en los resultados del test; sin embargo un 20% de los pacientes presentan llanto fácil lo cual significa que su estado de animo en momentos dados los afecta con mayor intensidad causándoles llanto.

11. IRRITABILIDAD

Cuadro N° 1.11

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
No estoy especialmente irritado.	4	27
Me molesto o irrito más fácilmente que antes.	6	40
Me siento irritado continuamente.	1	6
Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.	4	27
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: los resultados en lo referente a la irritabilidad son: No estoy especialmente irritado 27%, Me molesto o irrito más fácilmente que antes 40%, Me siento irritado continuamente 6% y Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban 27%.

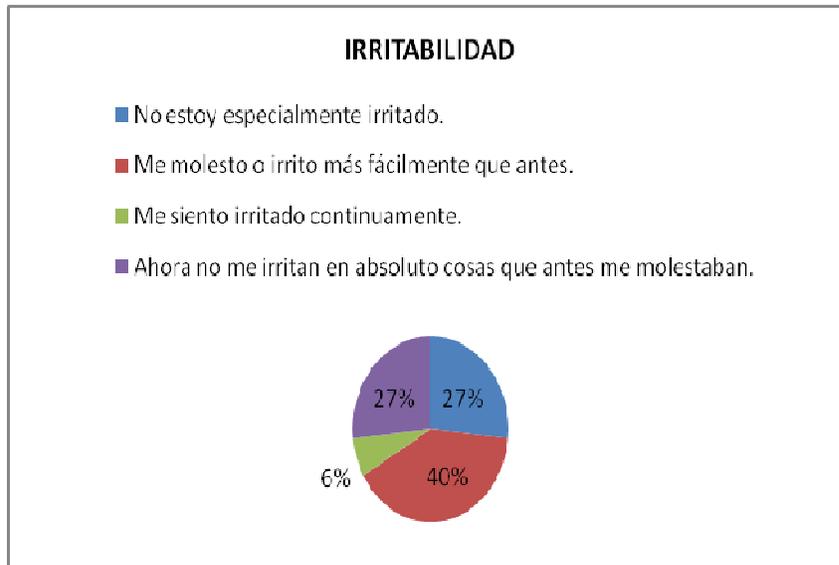


Gráfico N° 1.11

INTERPRETACIÓN: en los pacientes se denota que en un 40% se han vuelto mas irritables que antes, lo cual hace que se molesten cuando se encuentran en rehabilitación y le exigen mas esfuerzo y también han cambiado con las personas que les rodean; además 6% de los pacientes se sienten irritados continuamente situación que no les permite estar bien consigo mismo y con su familia porque responde de una manera agresiva y finalmente el 27% se irritan en todo momento hasta en situaciones que antes no les molestaba, lo cual significa que su cambio de humor se debe a sus sentimientos de fracaso, a su incapacidad física y sobre todo a no poder valerse por si mismo como lo hacia antes.

12. RETIRADA SOCIAL

Cuadro N° 1.12

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
No he perdido el interés por los demás.	6	40
Estoy menos interesado en los demás	6	40

que antes.		
He perdido gran parte del interés por los demás.	2	13
He perdido todo interés por los demás.	1	7
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: en lo referente a la retirada social se obtiene los siguientes resultados: No he perdido el interés por los demás 40%, Estoy menos interesado en los demás que antes 40%, He perdido gran parte del interés por los demás 13% y He perdido todo interés por los demás 7%.



Gráfico N° 1.12

INTERPRETACIÓN: la situación física que los pacientes presentan, ha hecho que pierdan el interés en compartir tiempo con sus amigos y familiares ya que sienten que no encajan en reuniones o en programas porque no pueden disfrutar como antes en un 40%; en un 13% los pacientes han perdido el interés por las demás personas, no les interesa saber y formar parte de la vida de los demás y compartir momentos amenos y finalmente el 7% de la muestra han perdido todo tipo de contacto con sus amigos familiares y compañeros de trabajo debido a

su situación física prefieren refugiarse en su hogar y con los familiares mas cercanos.

13. INDECISIÓN

Cuadro N° 1.13

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
Tomo mis propias decisiones igual que antes.	5	34
Evito tomar decisiones más que antes.	8	53
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.	2	13
Me es imposible tomar decisiones.	0	0
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: en esta pregunta se obtiene los siguientes resultados: Tomo mis propias decisiones igual que antes 34%, Evito tomar decisiones más que antes 53% y Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes 13%.

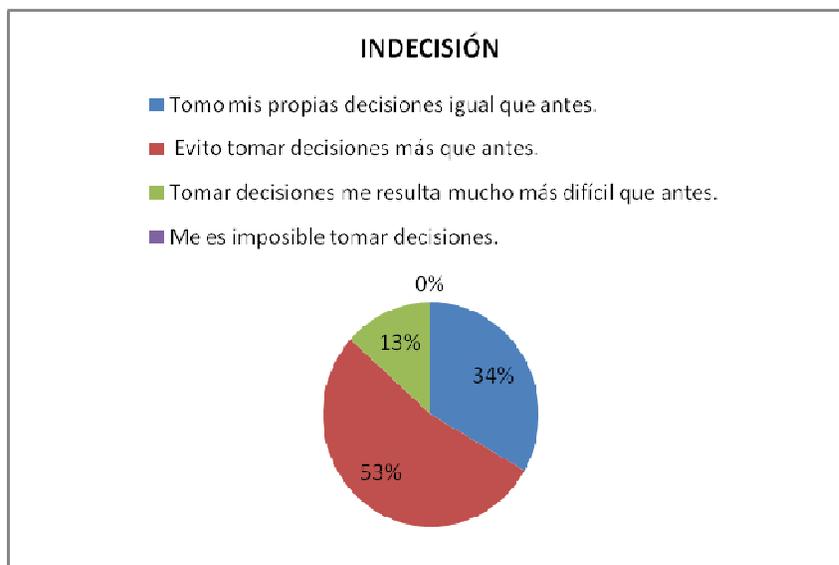


Gráfico N° 1.13

INTERPRETACIÓN: después del análisis de la pregunta con respecto a la indecisión se llega a la conclusión de que los pacientes temen en un 53% tomar decisiones por temor a equivocarse porque saben que cualquier decisión equivocada en su vida en este momento y más aun en lo referente a su tratamiento perjudica a su vida futura porque les puede traer complicaciones mas graves; en un 34% los pacientes refieren continuar tomando sus propias decisiones lo cual significa que no temen equivocarse; el 13% de los pacientes en cambio les es muy difícil tomar sus propias decisiones por temor a cometer equivocaciones que estén perjudicando su vida y a las personas que los rodean.

14. CAMBIOS EN LA IMAGEN CORPORAL

Cuadro N° 1.14

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
No creo tener peor aspecto que antes	4	27
Estoy preocupado porque parezco	7	46

envejecido y poco atractivo.		
Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.	4	27
Creo que tengo un aspecto horrible.	0	0
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: los resultados indican que: No creo tener peor aspecto que antes 27%, Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo 46% y Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo 27%.

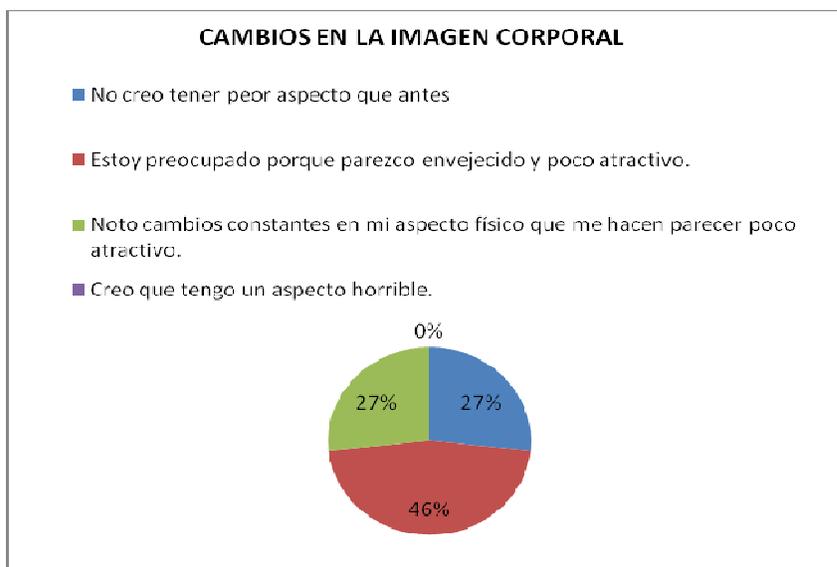


Gráfico N° 1.14

INTERPRETACIÓN: en lo referente al cambio corporal los pacientes se encuentran preocupados en un 46% por su físico debido a su lesión se encuentran sugestionados con su apariencia y creen no verse bien en ese momento; 27% de los pacientes considera que nota cambios constantes en su aspecto físico lo cual debe ser generado por sus sentimientos de tristeza y verse incapacitados a realizar determinadas situaciones les hace no apreciar su mejoría de una forma sana para su

vida; por otra parte un 27% refieren sentirse bien y tranquilos con su aspecto físico lo que significa que están seguros que van a mejorar y que sus lesiones pasaran si se esfuerzan en su recuperación, ya que saben que lo mas importante es no dejar la rehabilitación.

15. ENLENTECIMIENTO

Cuadro N° 1.15

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
Trabajo igual que antes.	2	13
Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.	8	54
Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.	5	33
Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.	0	0
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: en el cuadro se evidencio los siguientes resultados con respecto al enlentecimiento: Trabajo igual que antes 13%, Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo 54% y Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo 33%.

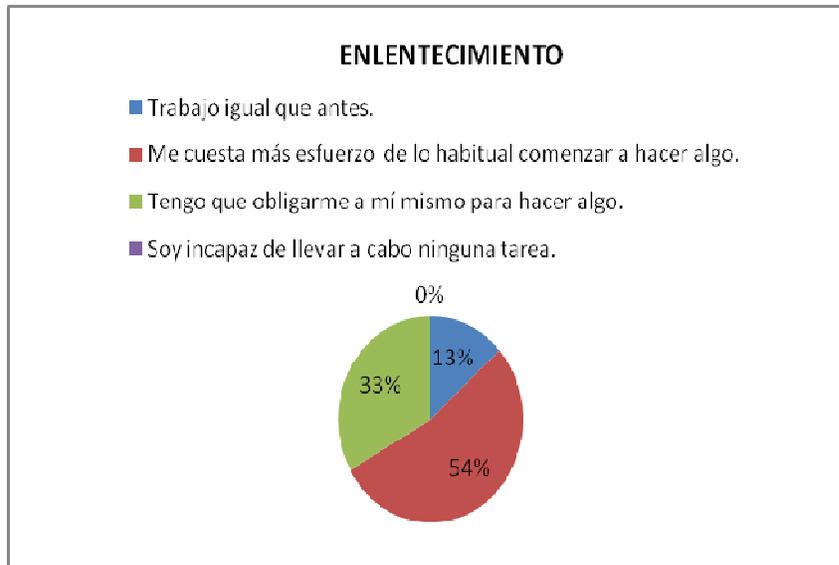


Gráfico N° 1.15

INTERPRETACIÓN: en lo referente al enlentecimiento motor los pacientes demuestran que les cuesta mas esfuerzo realizar sus actividades en un 54%, debido a que se encuentran agotados del ritmo que están llevando con la terapia y su vida familiar; además un 33% de los pacientes mencionan que su situación física y emocional que están atravesando ha hecho que les cueste mucho esfuerzo realizar determinadas tareas por lo cual en ocasiones tienen que poner mucha fuerza de voluntad para exigirse a ellos mismos realizar diferentes actividades para su propio beneficio.

16. INSOMNIO

Cuadro N° 1.16

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
Duermo tan bien como siempre.	0	0
No duermo tan bien como antes.	14	93
Me despierto una o dos horas antes de lo	1	7

habitual y ya no puedo volver a dormirme.		
Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.	0	0
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: en la pregunta referente al insomnio se obtiene: No duermo tan bien como antes 93% y Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme 7%.

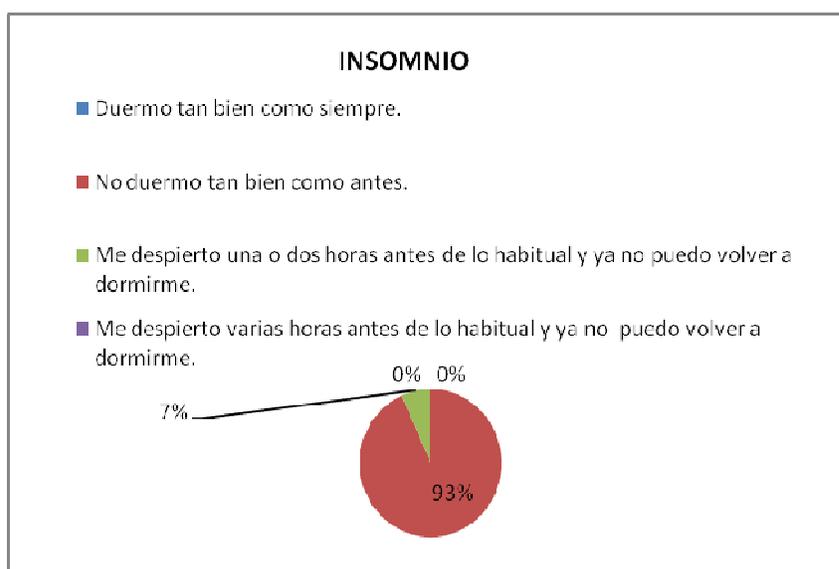


Gráfico N° 1.16

INTERPRETACIÓN: en la muestra se evidencia que las personas han disminuido la capacidad de dormir en un 93%, esto se debe a que siempre se encuentran preocupados por su salud física y sobre todo porque piensan que han perdido sus capacidades debido a su lesión y que aun no se recuperan completamente, lo cual causa mucha angustia y no les permite conciliar el sueño; finalmente un 7% refieren dormir tan bien como antes lo cual significa su situación actual no le esta afectando en lo referente a la conciliación del sueño.

17. FATIGABILIDAD

Cuadro N° 1.17

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
No me siento más cansado de lo normal.	1	6
Me canso más que antes.	10	67
Me canso en cuanto hago cualquier cosa.	4	27
Estoy demasiado cansado para hacer nada.	0	0
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: en la pregunta con respecto a la fatigabilidad se obtiene los siguientes resultados: No me siento más cansado de lo normal 6%, Me canso más que antes 66% y Me canso en cuanto hago cualquier cosa 27%.

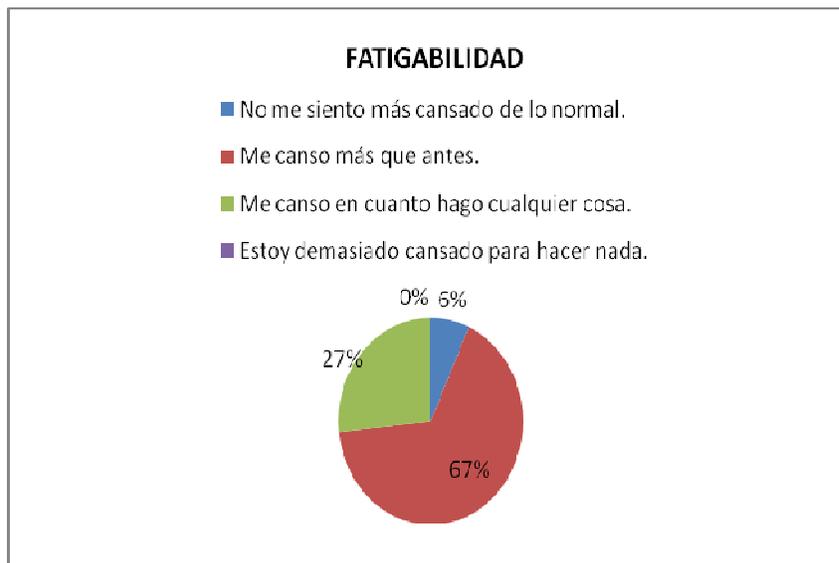


Gráfico N° 1.17

INTERPRETACIÓN: en el presente gráfico se demuestra que las personas investigadas con respecto a la fatigabilidad se cansan más que antes en un 67%, lo cual en ocasiones no les permite realizar las actividades diarias entre ellas su rehabilitación física; por otra parte un 27% de los pacientes refieren que cualquier tipo de actividad que desean realizar les provoca cansancio por lo cual no la realizan y esto genera dificultades con sus familiares ya que ellos no entienden que es un síntoma de la depresión por la que atraviesan y piensan que es comodidad del paciente o vagancia.

18. PÉRDIDA DE APETITO

Cuadro N° 1.18

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
Mi apetito no ha disminuido.	5	33
No tengo tan buen apetito como antes.	7	47
Ahora tengo mucho menos apetito.	2	13
He perdido completamente el apetito.	1	7
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: en lo referente a la pérdida de apetito se encuentra los siguientes datos: Mi apetito no ha disminuido 33%, No tengo tan buen apetito como antes 47%, Ahora tengo mucho menos apetito 13% y He perdido completamente el apetito 7%.

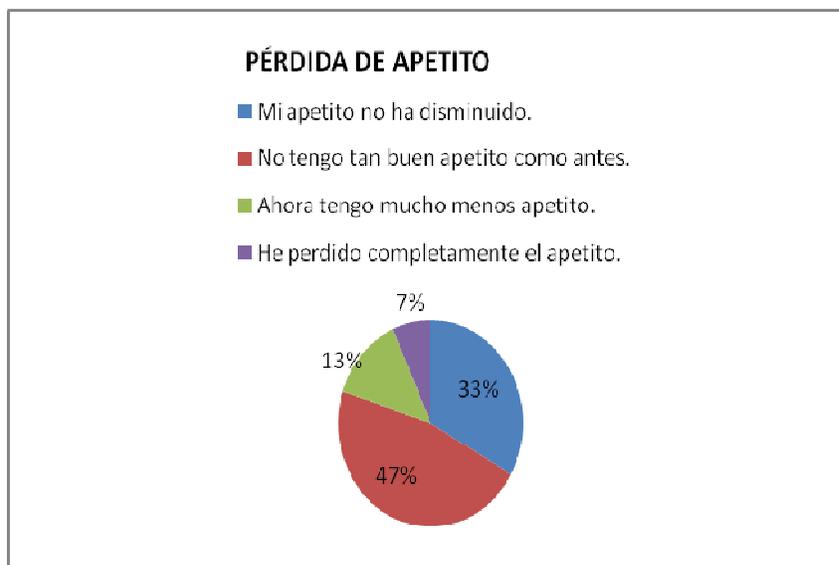


Gráfico N° 1.18

INTERPRETACIÓN: en el gráfico se puede observar que los pacientes no tienen tanto apetito como antes en un 47%, lo cual les puede causar mayores problemas físicos y emocionales debido a que la falta de alimentación provoca disminución en sus niveles vitamínicos y por lo tanto reduce su energía y complica su estado de ánimo; además un 13% refiere tener menos apetito que antes lo cual puedes llevarle a perder peso y sobre todo a que sus lesiones se compliquen y aparezcan nuevas enfermedades somáticas; finalmente el 7% de los pacientes refieren haber perdido el apetito por lo cual no tienen ánimo ni energía de realizar ninguna actividad y empiezan a tener complicaciones en su salud con la aparición de enfermedades como anemia, gastritis, etc.

19. PÉRDIDA DE PESO

Cuadro N° 1.19

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
No he perdido peso últimamente.	10	67

He perdido más de 2 kilos.	2	13
He perdido más de 4 kilos.	1	7
He perdido más de 7 kilos.	2	13
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: los porcentajes indican que: No he perdido peso últimamente 67%, He perdido más de 2 kilos 13%, He perdido más de 4 kilos 7% y He perdido más de 7 kilos 13%.

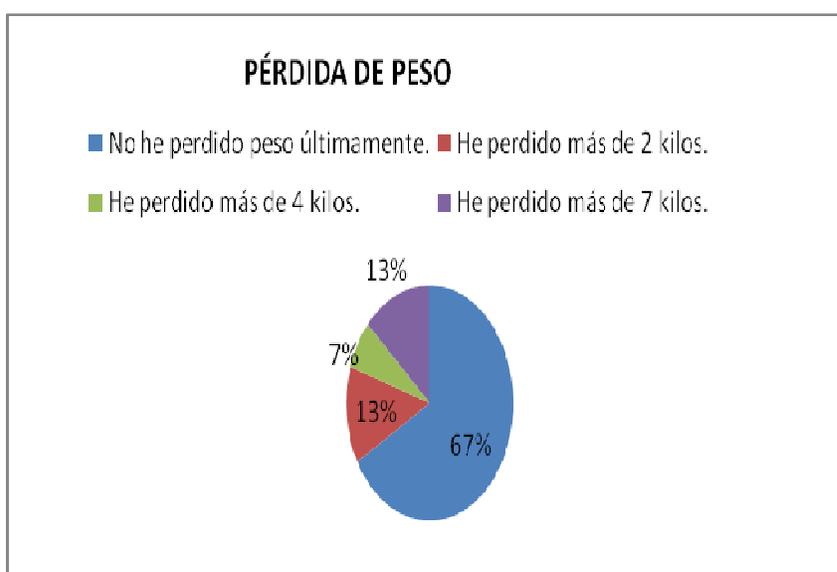


Gráfico N° 1.19

INTERPRETACIÓN: en el gráfico se evidencia que los pacientes no han perdido peso de forma considerable en un 67%, lo que significa que a pesar de no comer como antes esto no les afectado para la perdida de peso; sin embargo un 13% de los pacientes han perdido más de 2 kilos situación que empieza a causarles problemas a nivel físico ya que no tienen la misma energía, vitalidad y ánimo de antes; por otra parte un 7% ha perdido más de 4 kilos, situación que a generado el aparecimiento de nuevas enfermedades somáticas y los ha vuelto vulnerables a la adquisición de algún tipo de virus como el de la gripe.

20. PREOCUPACIONES SOMÁTICAS

Cuadro N° 1.20

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
No estoy preocupado por mi salud	0	0
Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.	9	60
Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.	3	20
Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.	3	20
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: la tabla indica que los pacientes: Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc 60%, Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas 20% y Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas 20%.

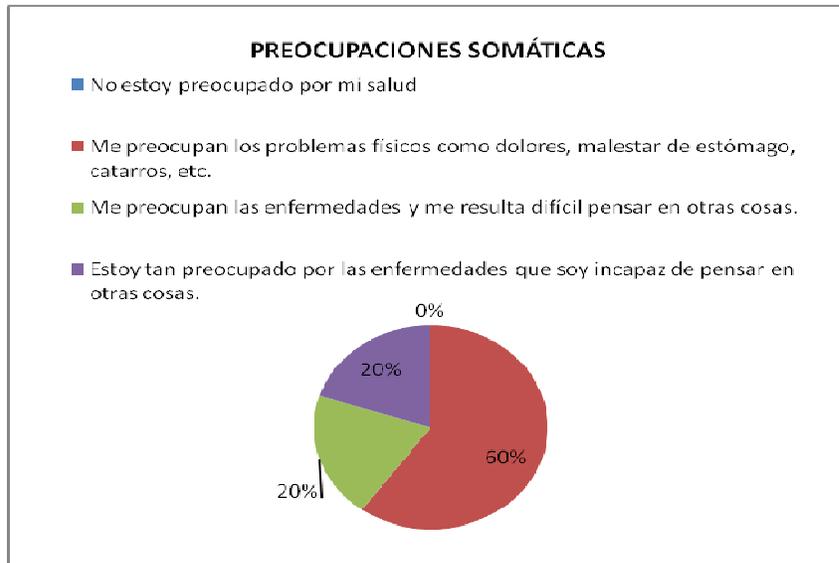


Gráfico N° 1.20

INTERPRETACIÓN: las personas investigadas muestran que sus preocupaciones somáticas con respecto a problemas físicos como los que están atravesando les preocupa mucho a un 60%, ya que mientras esperan la recuperación no saben que resultados serán los finales, se recuperaran completamente o quedara algún tipo de secuela es decir que no podrán volver a desenvolverse como lo hacían antes del accidente, además estas preocupaciones por su aspecto físico han generado que su estado de ánimo decaiga y se produzca la depresión en diferentes niveles, lo cual a perjudicado su salud y por esta razón los pacientes han abandonado los tratamientos, ya que se les ha hecho difícil combatir los sentimientos de tristeza, fracaso, fatiga, pérdida de apetito, etc; por otra parte un 20% le preocupan las enfermedades esto se debe que al saber que no se están cuidando como les recomendaron los médicos, al no alimentarse bien empiezan a presentar molestias que son nuevas y no corresponden a su lesión sino a otro tipo de enfermedad somática que se esta produciendo a causa de su depresión; finalmente un 20% de los pacientes se encuentran incapaces de dejar de pensar en enfermedades, debido a que sus creencias de no poder mejorar les hacen pensar que van a seguir empeorando y su depresión colabora en esta visión ya que

se centran en ver solo lo que les conviene a ellos y va de acuerdo a su esquema depresivo.

21. BAJO NIVEL DE ENERGÍA

Cuadro N° 1.21

PREGUNTAS	PUNTAJE TOTAL	% MUESTRA
No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.	9	60
La relación sexual me atrae menos que antes.	3	20
Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.	2	13
He perdido totalmente el interés sexual.	1	7
TOTAL	15	100

ANÁLISIS: las personas investigadas demuestran que con respecto al bajo nivel de energía se encuentran: No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo 60%, La relación sexual me atrae menos que antes 20%, Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes 13% y He perdido totalmente el interés sexual 7%.

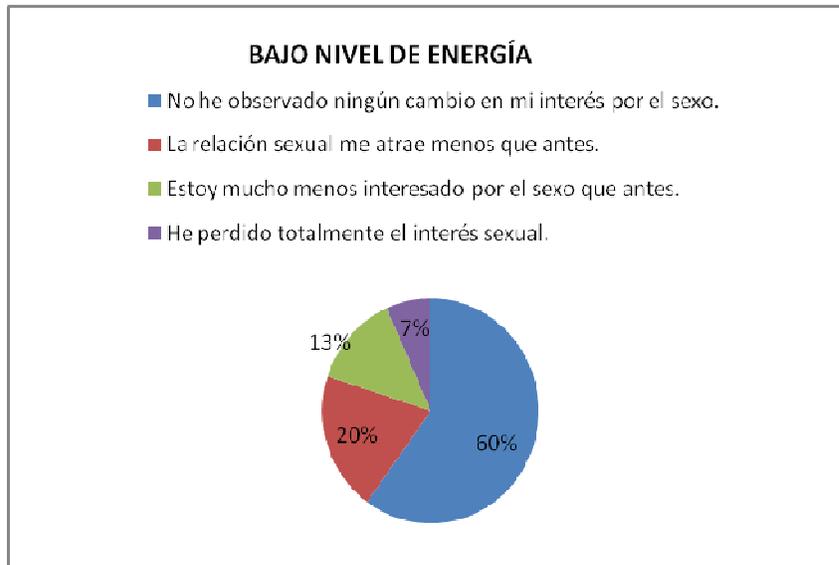


Gráfico N° 1.21

INTERPRETACIÓN: en lo referente al bajo nivel de energía en lo sexual los pacientes refieren no haber observado ningún cambio en su interés por el sexo en un 60%; en cambio la diferencia de este porcentaje si muestran que se encuentran menos interesados que antes debido a sus preocupaciones por su salud física, además refieren que el no poder realizar sus actividades como antes les tiene continuamente tristes lo cual hace que hayan perdido el interés en diversas actividades de su vida diaria en especial con lo referente a su pareja.

4.3. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis

Las lesiones traumatológicas son la principal causa que influye, en la aparición de ciertos niveles de depresión en los pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación Física del Patronato Municipal de la Ciudad de Latacunga Provincia de Cotopaxi.

VERIFICACIÓN:

Se comprueba la hipótesis de la investigación realizada, Las lesiones traumatológicas son la principal causa que influye en la aparición de ciertos niveles de depresión en los pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación Física del Patronato Municipal de la Ciudad de Latacunga, debido a que el 60% de los pacientes presentan depresión moderada y que sus síntomas empezaron a partir de las lesiones traumatológicas, el 27% depresión leve y el 7% depresión grave, situación que a influido en su familia y rehabilitación de sus lesiones, estos datos se obtuvo luego de la aplicación del reactivo psicológico y su análisis con la entrevista y la historia clínica de cada paciente.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

- Con la recopilación de datos de los pacientes para la historia clínica y en la entrevista se llega a la conclusión de que un 60% de los pacientes empezaron a tener sentimientos de tristeza, pesimismo, fracaso y fatiga a partir de que sufrieron la lesión traumatólogica y que dejaron de realizar algunas actividades para poder dedicarse a su rehabilitación física.
- Además un 40% de los pacientes refieren sentir que están molestando a sus familiares, ya que la rehabilitación requiere tiempo y muchas veces no pueden ir solos y sus familiares cercanos no los quieren acompañar debido a que se sienten cansados, esto hace que los pacientes sientan que son una carga y que en ocasiones no asistan a la rehabilitación para no causar ninguna molestia en su hogar.
- Después de la aplicación del inventario de depresión de Beck, se concluye que los pacientes en un 60% presentan depresión moderada la misma que esta afectando en su rehabilitación física con respecto a la lesión traumatólogica que poseen, al encontrarse con depresión moderada presentan síntomas de tristeza,

pesimismo, fracaso, expectativas de castigo , pérdida de sueño y apetito, enlentecimiento y fatigabilidad, situación que repercute en el esfuerzo físico que ponen en su recuperación ya que al no tener ánimos no realizan las cosas con ganas y no dan lo mejor de cada uno y en ocasiones faltan a la rehabilitación generando un retroceso en su recuperación y complicando su cuadro clínico. Esto también se debe a que en la depresión bajan los niveles de noradrenalina y adrenalina los cuales son sistemas de neurotransmisores, las sustancias como la serotonina, dopamina y acetilcolina; causan la depresión al disminuir su porcentajes en el organismo.

- Además se concluye después de la aplicación del reactivo psicológico que existe un 27% de pacientes con depresión moderada lo cual a pesar de que sus síntomas no son muy intensos deben ser trabajados para que no exista una complicación en el futuro, razón por la cual se les debe incluir en la terapia propuesta en esta investigación y finalmente un 7% presento depresión grave para lo cual se necesita de un psiquiatra para un tratamiento farmacológico como apoyo al tratamiento psicológico.

5.2. RECOMENDACIONES:

- Se recomienda trabajar el área afectiva de los pacientes, con el fin de mejorar sus síntomas depresivos y de esta manera lograr que su ánimo suba y pongan un mayor empeño para su recuperación.
- También se recomienda que a la muestra seleccionada se aplique la terapia para la depresión de Aaron Beck debido a que este modelo terapéutico habla de la importancia de los pensamientos de las personas en su vida, además menciona que dichos pensamientos se encuentran enmarcados en tres postulados,

denominados triada cognitiva, esquemas y errores cognitivos en el procesamiento de la información, estos aspectos afectan la visión del paciente con respecto a si mismo, el mundo y su futuro.

- En lo referente al entorno familiar se recomienda realizar una conferencia con los familiares de los pacientes con lesiones traumatológicas y explicarles la importancia de la rehabilitación y el progreso del mismo, además se debe explicar la importancia de que ellos apoyen al paciente para que de esta manera el se sienta tranquilo y sepa que tiene en quien confiar y contar en un momento determinado; esta conferencia ayudara a desensibilizar a la familia con respecto a sus actitudes hacia el paciente.
- Finalmente se recomienda realizar talleres de buen trato al paciente con los profesionales de la salud que están en contacto con los mismo, debido que en muchas ocasiones el trato que reciben en las unidades de salud generan un refuerzo en sus síntomas depresivos y son causantes del abandono del tratamiento.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1 Título

Aplicación de la Terapia Cognitiva de Beck para la depresión en pacientes con lesiones traumatológicas que asisten al Centro de Rehabilitación del Patronato Municipal de la ciudad de Latacunga en el periodo Octubre del 2009 y Marzo del 2010.

6.1.2 Institución

Centro de Rehabilitación física del Patronato Municipal de la ciudad de Latacunga.

6.1.3 Beneficiarios

Pacientes con lesiones traumatológicas que presentan depresión, especialmente la moderada identificada en las conclusiones del análisis de la información.

6.1.4 Tiempo de Duración

6 meses

6.1.5 Equipo Técnico

- Traumatólogos
- Terapistas físicos
- Psicóloga Clínica de la Institución
- Trabajadora Social de la institución
- Egresada de Psicología Clínica

6.1.6 Materiales

- Espacio físico
- Materiales de oficina
- Bibliográfica

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Los pacientes estudiados del Centro de Rehabilitación del Patronato Municipal de la ciudad de Latacunga, presentaron un

porcentaje predominante de depresión moderada del 60%, lo cual se obtuvo luego de la entrevista y aplicación del inventario de depresión de Beck. (Cuadro N° 1)

Durante la investigación el 60% de los pacientes presentaron depresión moderada, situación que ha generado en cada uno de ellos sentimientos de tristeza, fracaso, pesimismo, razón por la cual los pacientes han perdido el interés en su recuperación, situación que perjudica a la misma porque para lograr resultados favorables los pacientes deben ser constantes; por otra parte un 27% presentaron depresión leve, en donde los sentimientos de tristeza, pérdida de apetito o peso no fueron frecuentes en su vida diaria, en la investigación además se obtuvo el 6% de depresión grave lo que corresponde a una persona la misma que presentó los síntomas de forma más intensa por lo cual es necesario el apoyo de un psiquiatra, esta situación de tristeza y futuro incierto influye en la rehabilitación física de los pacientes.

6.3 JUSTIFICACIÓN

El modelo a aplicar es la terapia cognitiva para la depresión de Aaron Beck quien es el pionero de esta terapia; este enfoque es el más usado debido a su procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, lo cual beneficia a los pacientes depresivos en su recuperación y sobre todo en su reestructuración cognitiva con respecto a los sesgos sistémicos que posee con respecto al 'procesamiento de la información que tiene de sí mismo, en mundo y su futuro.

El objetivo de la terapia cognitiva de Beck es reestructurar los pensamientos, emociones y conductas que posee el individuo debido a su estado de ánimo, situación que ha logrado que el paciente vea de forma

negativa su vida ya que se encuentra convencido de que todo lo que le sucede es malo y se relaciona con su estado de animo en ese momento.

La aplicación de este modelo es de gran importancia en los pacientes que asisten al Patronato Municipal de la ciudad de Latacunga y que sufren de algún tipo de lesión traumatológica la cual influye en su depresión, ya que estas personas presentan una dificultad en sus esquemas cognitivos los cuales están afectando en las conductas que presentan en su vida diaria, razón por la cual no se sienten satisfechos con su ritmo de vida y se creen incapaces de seguir con el mismo.

6.4 OBJETIVOS

6.4.1 General:

Aplicar la terapia cognitiva de Aarón Beck para la depresión en los pacientes que asisten al Patronato Municipal de la ciudad de Latacunga y presentan lesiones traumatológicas.

6.4.2 Específicos:

- Eliminar los síntomas depresivos.
- Prevenir las recaídas.
- Identificar los pensamientos disfuncionales de los pacientes con respecto a su situación actual.
- Modificar los esquemas mentales desadaptativos que le producen emociones y conductas contraproducentes.

6.5 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TÉCNICA

6.5.1 Introducción:

El Doctor Aarón Temkin Beck es presidente del Instituto de Beck para la Terapia e Investigación Cognitiva y profesor de Psiquiatría en la Universidad de Pennsylvania.

Aarón Beck nació en Providence, Rhode Island, el 18 de julio de 1921, siendo el más pequeño de sus tres hermanos. Los padres de Beck eran inmigrantes judíos.

Beck fue a la Universidad de Brown, graduándose en 1942. En esta Universidad fue elegido miembro de la Sociedad Phi Beta Kappa (la sociedad de graduados más prestigiosa para graduaciones de más de cuatro años), fue editor asociado del diario Brown Daily Herald, y recibió el Francis Wayland Scholarship, el Premio de Excelencia en Oratoria de William Gaston y el Premio de Ensayo de Philo Sherman Bennett. Además Beck ingreso en la Escuela de Medicina de Yale y se graduó en 1946 en psicoanálisis.

A principios de los años 1960 cuando era psiquiatra en la Universidad de Pensilvania, desarrolló la Terapia Cognitiva. Debido a su instinto científico e investigador, trató de poner a prueba algunas hipótesis acerca de los conceptos psicoanalíticos implicados en la depresión, diseñando y llevando a cabo diferentes experimentos. A pesar de que esperaba validar gran parte de los preceptos fundamentales del psicoanálisis, se sorprendió al encontrar justo lo contrario.

Estas investigaciones le llevaron a comenzar a buscar otras formas de conceptualizar y explicar la depresión. Trabajando con pacientes depresivos, se dio cuenta de que estos pacientes se caracterizaban por

experimentar pensamientos negativos que invadían sus mentes de una forma espontánea. Denominó a estas cogniciones pensamientos negativos, y descubrió que por su contenido se podían clasificar en tres categorías: aquellas que hacían referencia a sí mismos, las que hacían referencia al mundo y finalmente las referidas al futuro. Comenzó a ayudar a sus pacientes a identificar y evaluar estos pensamientos y encontró que haciendo esto, los pacientes eran capaces de evaluarlos de forma más realista, lo que conducía a que se sintieran mejor y se comportaran de un modo más funcional.

Desde entonces, el Dr. Beck y sus colaboradores diseminados por todo el mundo, han investigado la eficacia de esta forma de la terapia cognitiva para tratar un amplio abanico de trastornos, incluyendo la depresión, ansiedad, trastornos de personalidad. Actualmente se sigue investigando con una gran cantidad de trastornos, como la esquizofrenia o el dolor crónico desde una perspectiva cognitiva.

A través de una cuidadosa investigación e innovadores métodos terapéuticos, fue pionero en una terapia que ha sido extensamente probada en más de 400 ensayos clínicos y ha demostrado ser eficaz para una amplia variedad de trastornos como la depresión, ansiedad, pánico, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad. Una serie de investigaciones se están realizando actualmente para evaluar su eficacia como tratamiento primario o coadyuvante para la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión de hospitalización, el dolor crónico, estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo y problemas de relación, entre otros. La Terapia Cognitiva, o "TC", así como Terapia de Comportamiento Cognitivo (TCC) se han adaptado para varias poblaciones de niños en edad preescolar hasta de personas mayores, y se utiliza en individuos, parejas, familia, y formatos de grupo.

Según la Asociación Americana de Psicología, es uno de los cinco psicoterapeutas más influyentes de todos los tiempos. Es el único psiquiatra que ha publicado artículos tanto en la Asociación Americana de Psiquiatría como la Asociación Americana de Psicología. De hecho, ha recibido premios y honores de asociaciones médicas, psiquiátricas y psicológicas. Finalmente en el 2006 recibió el Premio de Investigación Clínica de Lasker.

6.5.2 Modelo Terapéutico

El modelo cognitivo de la depresión es tomado del libro de Beck *Terapia Cognitiva de la depresión*, en el cual se considera que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información.

Durante la depresión están activados una serie de esquemas (formas de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones) que la favorecen. Estos esquemas suelen adquirirse en la infancia, pero pueden permanecer latentes (inactivos) y activarse cuando el sujeto se encuentra con situaciones estresantes similares a aquellas en que se formaron.

Estos esquemas activados durante la depresión llegan a ser predominantes, favoreciendo (filtrando) la percepción y el recuerdo de los estímulos congruentes con ellos. Por eso la persona deprimida está convencida de que las cosas son tan negativas como ella las ve.

Para Beck, el contenido de los esquemas depresógenos está constituido por la "triada cognitiva", que es la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.

La modalidad depresiva (conjunto de esquemas relacionados con la depresión), presenta una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información, entre los que destaca:

- Generalización excesiva.- se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a las situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- Pensamiento dicotómico.- se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.
- Inferencia arbitraria.- se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- Maximización-minimización.- quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
- Abstracción selectiva.- consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características mas relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
- Personalización.- se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a si mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

Estos sesgos sistemáticos en el procesamiento de la información, junto a la tríada cognitiva producen las alteraciones en el procesamiento de la información que se manifiestan en la depresión. En ella, el paciente tiende a mantener su visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, aunque pudiesen hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.

Las emociones y conductas típicas de la depresión están determinadas en gran medida por la forma en que el depresivo percibe la realidad.

La organización del sistema cognitivo personal es comparable a un paradigma científico. El paradigma personal del depresivo le lleva a tener una visión distorsionada de sí mismo y del mundo.

La terapia cognitiva se centra en formular las ideas y creencias desadaptativas (triada cognitiva) en términos de hipótesis cuya validez intentamos comprobar de modo sistemático.

6.5.3. Estructura de las sesiones:

La estructura a seguir en las sesiones consiste en:

- Revisar las tareas para casa y analizar cualquier problema que surgiese en su realización, así como las razones por las que se propusieron.
- Enumerar los problemas a tratar durante la sesión y las técnicas a utilizar para resolverlos.
- Al final de la sesión, se proponen nuevas tareas para casa

Las tareas suelen ser: experimentos para comprobar hipótesis, y autorregistros de actividades, pensamientos etc.

Si el paciente no está de acuerdo con las tareas propuestas se le explica las razones por las que conviene llevarlas a cabo y, en ocasiones, se modifican, para llegar a un consenso. El rol del paciente se va haciendo más activo, conforme se va avanzando en la terapia.

6.5.4. Fases de la terapia cognitiva de Beck para la depresión

6.5.4.1. Establecer la relación terapéutica

Actitudes deseables del terapeuta:

Entre las características generales del terapeuta que facilitan la aplicación de la terapia cognitiva (así como la de otros tipos de terapia) se cuentan la aceptación, la empatía y la autenticidad. Estas características influyen sobre las actitudes y conductas del terapeuta durante el tratamiento. Si se concede una importancia excesiva a estos atributos, o si se utilizan ingenuamente, pueden convertirse en perjudiciales para la colaboración terapéutica.

- **Aceptación.-** la preocupación sincera y el interés por el paciente pueden contribuir a contrarrestar la tendencia de este a percibir al terapeuta como indiferente o distante o verse a si mismo como una carga para el terapeuta. Es decir, una actitud de aceptación por parte del terapeuta puede contribuir a corregir determinadas distorsiones cognitivas negativas que el depresivo aporta a la relación terapéutica, así como a otras relaciones.

- **Empatía.-** se refiere al mejor modo de cómo el terapeuta puede entrar en el mundo del paciente, ver y experimentar la vida como lo hace este. De hecho, el terapeuta experimentará, en cierto grado, los sentimientos del paciente. En la medida en que su empatía sea adecuada, el terapeuta podrá entender como estructura el paciente ciertos eventos y como responde a ellos.
- **Autenticidad.-** es un importante ingrediente en todos los tipos de terapia psicológica. Un terapeuta que posea estas características será honesto consigo mismo, así como con el paciente. Sin embargo nunca debe verse limitado o perjudicado a causa de la franqueza. En vista de la tendencia del depresivo a atender selectivamente a lo negativo y a extraer evidencias de sus propias deficiencias, el terapeuta debe conjugar la honestidad con la diplomacia. El paciente puede malinterpretar la franqueza, percibiéndola como una crítica, hostilidad o rechazo. Es mas una afirmación positiva rotunda incluso aunque sea sincera puede provocar reacciones antiterapéuticas.

Importancia del rapport:

El rapport es un componente crucial en el tratamiento de los pacientes depresivos. El termino rapport, se refiere en general, a un acuerdo armonioso entre varias personas. En la relación terapéutica el rapport consiste en una combinación de componentes emocionales e intelectuales. Cuando se establece este tipo de relación, el paciente percibe al terapeuta como alguien:

- Que sintoniza con sus sentimientos y actitudes,
- Que es simpático, empático y comprensivo
- Que le acepta con todos sus “defectos”,

- Con quien puede comunicarse sin tener que explicar detalladamente sus sentimientos y actitudes ni desmenuzar todo cuanto dice.

Cuando el rapport es optimo, paciente y terapeuta se sienten seguros y cómodos uno con otro. Ninguno de ellos se muestra a la defensiva, excesivamente precavido, desconfiado o inhibido.

Resúmenes intercalados:

Se ha observado que hacer síntesis o resúmenes en determinados momentos de la sesión resulta de gran utilidad para el terapeuta. Al mismo tiempo, es conveniente pedirle al paciente que haga un resumen breve sobre lo que cree que el terapeuta intentaba comunicarle. Si se hace sistemáticamente a lo largo de la sesión, este procedimiento sirve para determinar si paciente y terapeuta están en la misma frecuencia y ayuda al paciente a centrarse en problemas concretos.

Hacer preguntas:

La mayor parte de verbalizaciones del terapeuta se hacen en forma de preguntas, ejemplo. ¿Es esto lo que quieres decir?, ¿puedes resumir lo que te he dicho?, etc.

Las preguntas se usan para:

- Asegurarse de que el paciente ha comprendido.
- Conocer la actitud de paciente ante la terapia
- Comprender bien lo que quiere decir (su marco de referencia)
- Dirigir su atención al examen de sus cogniciones (aprendizaje guiado)

- Acostumbrarlo a que se haga preguntas a sí mismo; a que considere sus ideas y las del terapeuta como hipótesis a comprobar (procesamiento de la información controlado para contrarrestar la influencia del procesamiento automático derivado de la modalidad depresiva)
- Posibilitar una toma de decisiones presentando diferentes alternativas para solucionar el problema.

Usar el humor con prudencia y sensatez:

Para algunos terapeutas cognitivos, el humor constituye un instrumento muy útil, especialmente cuando es espontáneo, cuando permite al paciente observar con objetividad sus pensamientos o ideas y cuando se presenta de tal modo que el paciente no piense que lo están despreciando o ridiculizando.

Establecer la agenda al comienzo de la sesión:

El terapeuta hace las veces de un guía experto: elabora un plan y proporciona un mapa y los instrumentos necesarios. No obstante, debe asegurarse de que el paciente este dispuesto y desea seguir el plan. Así, terapeuta y paciente proponen unos temas determinados por la agenda de cada sesión, que fijaran al comienzo de esta. Es conveniente que el orden del día incluya un breve resumen de las experiencias del paciente desde la última sesión y el correspondiente feedback. A partir de aquí, terapeuta y paciente deben estar de acuerdo con los objetivos específicos de la sesión. Los temas a tratar deben formularse en términos concretos y precisos, de modo que la atención del paciente se centre en la tarea que se tiene entre manos.

Conocer el paradigma personal del paciente:

Sus ideas le parecen razonables y plausibles: cree que es un fracaso, un inútil o un antipático. Esa visión se mantiene a veces, incluso aunque existan evidencias externas que las contradigan. Las creencias suelen estar organizadas en un sistema de creencias en el que se apoyan unas a otras.

Como ocurre en el cambio de creencias científicas, un paradigma personal puede tambalearse y cambiar cuando surgen evidencias que no pueden integrarse en dicho paradigma (que contradicen a sus principales creencias); pero, el paciente no suele prestar atención y distorsiona los eventos que contradicen a sus supuestos depresógenos.

6.5.4.2. Comprender sus quejas y transformarlas en síntomas-objetivo

Tenemos que escucharle empáticamente para comprender su "paradigma personal", su visión de sí mismo, del mundo y del futuro, ya que solo así se sentirá comprendido y motivado para decidirse ponerlo a prueba.

Al principio, el paciente expresa sus quejas en forma confusa y es el papel del terapeuta ayudarle a clarificarlas y mostrarle como se relacionan con su depresión.

El terapeuta tiene que explicarle que todos esos síntomas, son propios de la depresión, haciendo un repaso de los síntomas afectivos, motivacionales, fisiológicos-vegetativos, conductuales y cognitivos típicos de este trastorno.

A continuación, para completar la evaluación, indagamos cuáles son los síntomas particulares que le aquejan y su grado de intensidad en orden a planificar la terapia. Para ello podemos usar los criterios del DSM-IV y el listado de síntomas propuesto por Beck.

6.5.4.3. Explicarle el modelo cognitivo de la depresión

En primer lugar, el terapeuta revisa los intentos que haya hecho el paciente para definir y resolver sus problemas psicológicos. Para modificar las ideas inadecuadas o distorsionadas asociadas con las áreas problemáticas, el terapeuta expone brevemente el modelo cognitivo de la depresión. Entre los puntos de vista más importantes a exponer se encuentran el de la íntima relación entre los pensamientos de una persona acerca de sí misma, de su entorno y de su futuro (la triada cognitiva) y sus sentimientos, motivaciones y conductas. El terapeuta subraya el efecto negativo que ejercen los pensamientos inadecuados o distorsionados sobre los sentimientos y la conducta del paciente. Sin embargo, decirle al paciente que “piensa de una manera irracional” puede ser contraproducente. Los pacientes depresivos están profundamente convencidos de que ven las cosas “tal como son en realidad”. Así pues, el terapeuta debe proporcionar al paciente evidencia de que su modo de pensar o ver las cosas contribuye a mantener la depresión y que sus observaciones y conclusiones pueden ser incorrectas.

6.5.4.4. Demostrarle cómo influyen las cogniciones en las emociones

Una técnica para demostrar la relación entre pensamiento y afectos es la de las “imágenes inducidas”. En primer lugar, el terapeuta le pide al paciente que imagine una escena desagradable. Si el paciente manifiesta

una respuesta emocional negativa, el terapeuta puede preguntar acerca del contenido de sus pensamientos. A continuación, le pide que imagine una escena agradable y que describa sus sentimientos. Normalmente, el paciente será capaz de reconocer que, cambiando el contenido de sus pensamientos puede modificar sus sentimientos. Para algunos pacientes esta sencilla técnica sirve para poner de manifiesto el impacto de las imágenes que ellos mismo se forman y les hace comprender como los pensamientos influyen en el estado de ánimo. Esta técnica esta indicada para pacientes con depresión moderada, quienes suelen experimentar periodos de tristeza transitorios.

6.5.4.5. Técnicas Conductuales

Las cogniciones sesgadas en una dirección negativa no cambian necesariamente a raíz de una modificación de la conducta. Más bien lo que ocurre es que la modificación conductual permite la identificación de las cogniciones negativas. La modificación de la conducta es importante en tanto en cuando le proporciona al paciente una oportunidad de evaluar empíricamente sus ideas de inadecuación e incompetencia. Para lo cual se puede utilizar las siguientes técnicas:

- **Programación de actividades.-** sirve para contrarrestar la escasa motivación del paciente, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas. Es probable que la técnica de planificar el tiempo del paciente hora tras hora lo mantenga ocupado e impida que regrese a su estado de inmovilidad, además, el hecho de centrarse en tareas dirigidas a un objetivo proporciona al paciente y al terapeuta datos concretos en los que basar las evaluaciones realistas de la capacidad funcional del paciente.

- **Técnicas de dominio y agrado.**- algunos pacientes depresivos realizan ciertas actividades, pero obtienen un escaso nivel de satisfacción o agrado. Este hecho suele ser consecuencia de:
 - un intento de abordar actividades que no le aportan satisfacción ni siquiera antes del episodio depresivo,
 - el predominio de las cogniciones negativas, que anula toda posible sensación de agrado, o
 - la falta de atención hacia las sensaciones de agrado.

Para realizar esta técnica se debe tener una lista de actividades potencialmente agradables, el terapeuta puede asignar la tarea de llevar a cabo todos los días una determinada actividad agradable durante un periodo de tiempo controlado y pedirle al paciente que anote todos los cambios de humor o de estado de ánimo, así como la posible reducción de los sentimientos depresivos asociados a la actividad en cuestión. Cuando el paciente realiza actividades es conveniente que anote el grado de dominio (D) y agrado (A) asociado con cada uno de ellas. El termino dominio se refiere al sentido de logro obtenido al realizar una tarea determinada. El dominio y el agrado pueden evaluarse en una escala de 5 puntos, donde 0 representaría, la ausencia de dominio/agrado y 5, el máximo de dominio/agrado.

- **Asignación de tareas graduales.**- después de realizar con éxito una serie de tareas, los pacientes depresivos suelen experimentar una cierta mejoría (aunque sea transitoria) de su estado de animo. Se sienten motivados para emprender tareas más difíciles, siempre que el terapeuta este atento para detectar y refutar la inclinación del paciente a menospreciar sus logros.

Las características principales de la Asignación de Tareas Graduales son las siguientes:

- Definición del problema – por ejemplo, la creencia del paciente de que es incapaz de conseguir los objetivos que son importantes para él.
- Formulación de un proyecto.- asignación de una serie de tareas (o actividades) ordenadas de mas simples a mas complejas.
- Observación inmediata y directa por parte del paciente de su éxito al conseguir un determinado objetivo (llevar a cabo una tarea que se le había asignado). El feedback continuo proporciona al paciente nueva información sobre sus capacidades funcionales.
- Eliminación de las dudas del paciente, de sus reacciones cínicas y de la minimización de sus logros.
- Estimular al paciente para que evalúe de forma realista.
- Énfasis en el hecho de que el paciente alcanza el objetivo gracias a su propio esfuerzo y a sus capacidades.
- Asignar tareas nuevas y más complejas en colaboración con el paciente.

6.5.4.6. Técnicas Cognitivas

Las técnicas cognitivas son una serie de procedimientos para identificar y modificar los sesgos sistemáticos y los acontecimientos disfuncionales típicos del pensamiento depresivo.

Entre las técnicas cognitivas encontramos:

- **Detección de pensamientos automáticos.-** una vez que el paciente ha entendido la definición de la cognición y reconoce la presencia de imágenes y pensamientos automáticos, el terapeuta

expone un proyecto diseñado para poner de manifiesto las cogniciones inadecuadas.

Lo que se le dice al paciente depende del problema concreto que se este investigando. Lo más frecuente suele ser que se le den instrucciones de atrapar cuantas cogniciones sea posible y registrarlas en un cuaderno. Dado que es posible, el paciente puede tomar las variaciones de su estado de ánimo como indicio o pista para identificar o recordar sus cogniciones.

- **Técnicas de retribución.-** se emplean cuando el paciente atribuye, de forma poco realista, las consecuencias negativas a una deficiencia personal, como falta de capacidad o de esfuerzo. El terapeuta y el paciente revisan los acontecimientos relevantes y aplicaran leyes lógicas a la información disponible, con objeto de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente le corresponda. Lo importante no es liberar al paciente de toda responsabilidad, sino definir los múltiples factores que puedan intervenir en una experiencia adversa. Conforme va ganando en objetividad, el paciente no solo deja de atribuirse el peso de la culpa, sino que además puede buscar caminos para evitar las situaciones adversas e incluso prevenir su ocurrencia futura.

6.6. METODOLOGÍA – PLAN DE ACCIÓN

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Logística	-Conocer el espacio físico, donde se aplicara la terapia.	-Preparación del material teórico-practico para la aplicación de la terapia.	-Material de oficina -Material bibliográfico -Área de Psicología	-Investigador -Psic. De la Institución	Octubre 2009
Establecimiento de la relación terapéutica	-Inspirar confianza en el paciente (rapport y empatía) -Mantener una actitud positiva	-Explicar al paciente lo que se va a realizar. -Tomar en cuenta la opinión de los pacientes (contrato terapéutico) -Dinámicas de ambientación.	- Área de Psicología -Material de oficina -Material bibliográfico -Humanos	-Investigador	9 al 13 de noviembre del 2009

<p>Comprender quejas y transformarlas en síntomas objetivos</p>	<p>-Comprender el paradigma personal del paciente.</p>	<p>-Escuchar de forma activa las quejas del paciente, y clarificarlas y mostrarle su relación con la depresión.</p>	<p>- Área de Psicología -Humanos</p>	<p>-Investigador</p>	<p>23 al 27 de noviembre del 2009</p>
<p>Entrenamiento</p>	<p>-Explicar el modelo cognitivo de la depresión. -Demostrar como influyen las cogniciones en las emociones</p>	<p>-Exposición y explicación del modelo de Beck para la depresión. -Después de la exposición hacer ejemplo con cada paciente de cómo una emoción</p>	<p>- Área de Psicología -Material de oficina -Material bibliográfico -Humanos</p>	<p>-Investigador -Psic. De la Institución</p>	<p>Del 7 al 10 de diciembre 2009 Del 14 al 15 de diciembre del 2009</p>

		positiva o negativa cambia su conducta.			
Técnicas Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> -Mejorar la conducta del individuo. -Conocer las cogniciones que se encuentran detrás de determinadas conductas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Programación de actividades -Técnicas de dominio y agrado. -Asignación de tareas graduales 	<ul style="list-style-type: none"> - Área de Psicología -Material de oficina -Material bibliográfico -Humanos 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigador 	<ul style="list-style-type: none"> Del 4 al 8 de enero del 2010 Del 11 al 15 de enero del 2010 Del 18, 21, 25 y 28 de enero del 2010
Técnica Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar y modificar sesgos sistemáticos y contenidos disfuncionales del pensamiento depresivo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Detección de los pensamientos automáticos. - Técnicas de retribución. 	<ul style="list-style-type: none"> - Área de Psicología -Material de oficina -Material bibliográfico -Humanos 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigador 	<ul style="list-style-type: none"> Febrero del 2010 Del 2, 4, 8 y 10 de marzo del 2010

6.7 MARCO ADMINISTRATIVO

6.7.1 RECURSOS

6.7.1.1 Recursos Institucionales:

- Universidad Técnica de Ambato
- Patronato Municipal de Latacunga

6.7.1.2 Recursos Humanos:

- **Investigador:** Victoria Rubio
- **Tutor:** Psic. Cl, Santiago Poveda

6.7.1.3 Recursos Materiales:

MATERIAL	PRECIO
Útiles de Oficina	\$8.00
Copias e impresiones	\$30.00
Transporte	\$10.00
Imprevistos	\$25.00
TOTAL	\$73.00

6.7.2. CRONOGRAMA

TIEMPO ACTIVIDADES	MESES					
	Octubre	Nov.	Dic.	Enero	Febrero	Marzo
Logística	XXXX					
Establecimiento de la relación terapéutica		X				
Comprender quejas y transformarlas en síntomas objetivos		X				
Entrenamiento			XX			
Técnicas Conductuales				XXX		
Técnica Cognitivas					XXXX	XX

6.8. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

La evaluación estará comprendida cada dos semanas para esta se utilizará las siguientes técnicas psicológicas: la observación, la entrevista, y guías instruccionales para medir las existencias de cambios favorables en los pacientes con depresión.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- 1.- BECK, Aarón, et.at. , (2006), “Terapia cognitiva de la Depresión”. 17ª Edición. Editorial RGM, S.A. – Bilbao.
- 2.- FELDMAN, Robert. (1995), “Psicología con aplicaciones para Iberoamérica”. Segunda Edición. Editorial McGraw-Hill, México.
- 3.- HOLLANDER, Eric – WONG Cheryl. (2007) “Trastornos Psiquiátricos Frecuentes”. Segunda Edición. Editorial EOS Ltda., Colombia.
- 4.- LYDDON, William J, et.at., (2000), “Terapia cognitiva con Fundamento Científico”. Editorial El Manual Moderno.
- 5.- RIDRUEJO, Alonso, et.at.,(1996) “Psicología Medica”. Editorial McGraw-Hill, Madrid.
- 6.- SUE, David, et.at., (1995), “Comportamiento Anormal”. Cuarta Edición. Editorial McGraw-Hill, México, D.F.
- 7.- VALLEJO, Ruiloba, et.at., (1999) “Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría” 4º Edición. Editorial Masson, Barcelona, pág 222.
- 8.- GUEVARA, R.D (1997), “Compendio didáctico de Anatomía Humana”,. Editorial Codislisi Cia. Ltda, Quito.
- 9.- HERRERA E. Luís, et.at., (2008), “Tutoría de la Investigación Científica”, Ambato-Ecuador.
- 10.- AYBAR, Alfredo. Artículo “Cirugía ortopédica y traumatología”. (http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Medicina/cirugia/Tomo_II/generalidades.htm).

11.- ROCA, Elia. Artículo “Terapia Cognitiva de Beck para la depresión”.
(www.cop.es/colegiados/PV00520/).

ANEXOS

Anexos:

ANEXO A

CONSTITUCIÓN

CAPÍTULO TERCERO

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidades, 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 prioritaria recibirán personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El estado prestará especial protección a las personas en condiciones de doble vulnerabilidad.

SECCIÓN SEXTA

PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Art. 47.- El estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manara conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidades y su integración social.

Se reconoce a las personas con discapacidad, lo derechos a:

2.- La rehabilitación integral y de asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.

3.- La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual.

EL CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDADES

Art. 6. - FUNCIONES DEL CONADIS. - Compete al CONADIS:

b) Planificar acciones que permitan el fortalecimiento de los programas de prevención de discapacidades, atención e integración de las personas con discapacidad,

c) Defender jurídicamente los derechos de las personas con discapacidad;

d) Realizar investigaciones y coordinar las acciones que, en relación con las discapacidades, realicen organismos y entidades de los sectores público y privado; y,

Art. 53.- El Estado garantizará la prevención de las discapacidades y la atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad, en especial en casos de indigencia. Conjuntamente con la sociedad y la familia, asumirá la responsabilidad de su integración social y equiparación de oportunidades.

El Estado establecerá medidas que garanticen a las personas con discapacidad, la utilización de bienes y servicios, especialmente en las áreas de salud, educación, capacitación, inserción laboral y recreación; y medidas que eliminen las barreras de comunicación, así como las urbanísticas. Arquitectónicas y de accesibilidad al transporte que dificulte su movilización. Los municipios tendrán la obligación de adoptar estas

medidas en el ámbito de sus atribuciones y circunscripciones. Las personas con discapacidad tendrán tratamiento preferente en la obtención de créditos, extensiones y rebajas tributarias, de conformidad con la ley.

Se reconoce el derecho de las personas con discapacidad, a la comunicación por medios de formas alternativas, como la lengua de señas ecuatoriana para sordos, oralismo, el sistema Braille y otras".

ANEXO B

ENCUESTA (PRUEBA PILOTO)

Edad:.....Fecha de aplicación:.....

Instrucciones:

Marque con una X la opción que vaya acorde con usted.

1.- ¿Qué tipo de lesión es la que Ud. tiene?

Fractura () Esguince () Lumbalgia () Paraplejia ()
Lesión de la columna vertebral () Artrosis ()

2.- ¿Ud. se ha sentido triste últimamente?

SI () NO ()

3.- ¿Cuál cree Ud. que es la intensidad de su tristeza?

Leve () Moderado () Grave ()

4.- ¿De la siguiente lista de síntomas, cuales presenta Ud. con más frecuencia?

-Estado de ánimo depresivo () -Pérdida de interés ()
-Pérdida de peso () -Pérdida de apetito ()
-Insomnio o hipersomnias ()
-Agitación o enlentecimiento motor ()
-Fatiga o pérdida de energía () -Sentimiento de culpa ()
-Pensamientos de muerte. ()

5.- ¿Cree Ud. que su estado de ánimo ha afectado en su rehabilitación?

SI ()

NO ()

ANEXO C

HISTORIA CLÍNICA

Nº

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Lugar de nacimiento:

Domicilio:

Teléfono:

Nombre del Esposo/a:

Numero de Hijos:

MOTIVO DE CONSULTA

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

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

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

ENFERMEDAD ACTUAL

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

ANANSESIS PERSONAL Y PATOLÓGICA

Datos prenatales y natales

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

Datos de la infancia

.....

.....

.....

.....

Desarrollo cognoscitivo

.....

.....

.....

.....

Desarrollo social historia preescolar

.....

.....

.....

EXAMEN DE FUNCIONES BÁSICAS

Orientación	
Memoria	
Atención	
Voluntad	
Sensopercepciones	
Pensamiento	
Lenguaje	
Afectividad	
Conciencia	

REACTIVOS PSICOLÓGICOS

.....

.....

.....

.....

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

.....
.....

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

.....
.....

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

.....
.....

TRATAMIENTO

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

PRONÓSTICO

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

RECOMENDACIONES

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

REALIZADO POR:

ANEXO D

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre:..... Edad:.....

Fecha de aplicación:.....

1. Tristeza.

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

2. Pesimismo

- () No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- () Me siento desanimado de cara al futuro.
- () Siento que no hay nada por lo que luchar.
- () El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- () No me siento fracasado.
- () He fracasado más que la mayoría de las personas.
- () Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- () Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

- () Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- () No disfruto de las cosas tanto como antes.
- () Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- () Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

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

6. Expectativas de castigo

- () No creo que esté siendo castigado.
- () Siento que quizás esté siendo castigado.
- () Espero ser castigado.
- () Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

- () No estoy descontento de mí mismo.
- () Estoy descontento de mí mismo.
- () Estoy a disgusto conmigo mismo.
- () Me detesto.

8. Autoacusación

- () No me considero peor que cualquier otro.
- () Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
- () Continuamente me culpo por mis faltas.
- () Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

- () No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- () A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- () Desearía poner fin a mi vida.
- () Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

- () No lloro más de lo normal.

- () Ahora lloro más que antes.
- () Lloro continuamente.
- () No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

- () No estoy especialmente irritado.
- () Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- () Me siento irritado continuamente.
- () Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

- () No he perdido el interés por los demás.
- () Estoy menos interesado en los demás que antes.
- () He perdido gran parte del interés por los demás.
- () He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

- () Tomo mis propias decisiones igual que antes.
- () Evito tomar decisiones más que antes.
- () Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- () Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

- () No creo tener peor aspecto que antes
- () Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- () Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- () Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

- () Trabajo igual que antes.
- () Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.

- Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

- No he perdido peso últimamente.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

- No estoy preocupado por mi salud

() Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.

() Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.

() Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

() No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.

() La relación sexual me atrae menos que antes.

() Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.

() He perdido totalmente el interés sexual.

Interpretación:

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

Aplicado por: