

## **TEMA**

La depresión y sus consecuencias psicológicas en los internos del Centro de Rehabilitación Social de Quevedo en el año 2011.

# **CAPITULO I**

## **1.-CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO**

### **1.1.-Contexto Nacional, regional y local o Institucional**

La vida emocional está llena de altas y bajas. Pero cuando los tiempos "bajos" son de larga duración o interfieren con su habilidad para funcionar, usted puede estar sufriendo de una enfermedad común, pero seria, la depresión. La depresión clínica afecta el humor, la mente, el cuerpo, y el comportamiento. Las investigaciones han demostrado que en los Estados Unidos sobre 19 millones de personas-una de cada diez adultos-experimentan la depresión cada año, y casi dos terceras partes no obtienen la ayuda que necesitan.<sup>9</sup> El tratamiento puede aliviar los síntomas en más del 80 por ciento de los casos. Sin embargo, dado a que muchas veces no es reconocida, la depresión sigue causando sufrimiento innecesario.

La depresión es una enfermedad persistente y debilitante que afecta tanto a las mujeres como a los hombres, pero las mujeres experimentan la depresión a una tasa casi al doble que la de los hombres.

Los investigadores siguen explorando cómo los asuntos especiales que son únicos para las mujeres-biológicos, ciclo de vida, y psico-social pueden estar asociados con la alta tasa de depresión en las mujeres.

Nunca dos personas se deprimen exactamente de la misma manera. Muchas personas tienen solamente algunos de los síntomas, y éstos varían en su severidad y duración. Para algunas, los síntomas ocurren en episodios de tiempo limitado; para otras, los síntomas pueden estar presentes durante períodos largos si no se busca tratamiento. El hecho de tener algunos síntomas depresivos no significa que la persona está deprimida clínicamente. Por ejemplo, no es raro que las personas que han perdido un ser querido se sientan triste, impotentes, y pierdan interés en actividades cotidianas. Solamente cuando estos síntomas persisten por un tiempo más allá de lo usual es que hay razón para sospechar que el luto se ha convertido en una enfermedad depresiva. Similarmente, cuando uno vive con el estrés de poder ser despedido, demasiado trabajo, o problemas financieros o familiares, esto puede ocasionar irritabilidad y "sentirse triste".

Hasta cierto punto, tales sentimientos son simplemente parte de la experiencia humana. Pero cuando esos sentimientos aumentan en su duración e intensidad y la persona no es capaz de funcionar como siempre, lo que parecía un asunto de humor temporero puede haberse convertido en una enfermedad clínica.

## **1.2. Situación problemática**

Los efectos más notorios es la depresión y con ello el cambio en las actividades de la vida diaria que se producen al verse perdido de la libertad y condenados a vivir cierta cantidad de tiempo. Como resultado final encontramos individuos con conductas inadecuadas ya sea irritables con facilidad o en su defecto muy sensible con deseos de auto-eliminarse, sin que se considere a la depresión como el factor principal de todos sus males.

## **1.3.- Problema de investigación**

### **1.3.1. Problema general**

¿De qué manera la depresión influye en la salud de los internos del Centro de Rehabilitación Social de Quevedo en el año 2011?

### **1.3.2.- Problemas derivados**

¿Por qué la depresión influye en el deterioro de la autoestima en los internos del Centro de Rehabilitación Social de Quevedo en el año 2011?

¿Cómo la depresión influye en el estado emocional en los internos del Centro de Rehabilitación Social de Quevedo en el año 2011?

#### **1.4.- Delimitación de la investigación**

El presente trabajo de investigación está delimitado de la siguiente manera:

**Delimitación espacial.-** La investigación se realizó en el Centro de Rehabilitación Social de Quevedo.

**Delimitación temporal.-** El presente estudio se realizó en el año 2012.

**Unidades de información.-** Las unidades de información que intervendrán en la investigación serán las siguientes:

- Los internos del Centro de Rehabilitación Social de Quevedo.
- Los profesionales del Centro de Rehabilitación Social de Quevedo en el año 2011 y
- Los archivos de la información estadística

## **1.5.- Objetivos**

### **1.5.1.- Objetivo general**

Analizar de qué manera la depresión influye en la salud de los internos del Centro de Rehabilitación Social de Quevedo en el año 2011.

### **1.5.2.- Objetivos específicos**

Conocer por qué la depresión influye en el deterioro de la autoestima en los internos del Centro de Rehabilitación Social de Quevedo en el año 2011.

Determinar cómo la depresión influye en el estado emocional en los internos del Centro de Rehabilitación Social de Quevedo en el año 2011.

## **1.6.- Justificación**

Se sabe que la depresión severa o depresión mayor es menos frecuente en el anciano que en el adulto joven, la misma que se agudiza en situaciones de marginación o de pérdida de la libertad. Afectaría a la mayoría de las personas privadas de su libertad.

Esto se debería a varios factores como la presencia de deterioro cognitivo o una expresión de los síntomas de forma diferente en el individuo privado de su libertad, con una mayor expresión de tristeza relacionada con la presencia de síntomas somáticos o corporales.

En la presente investigación se pretende evidenciar en si, el efecto que produce la depresión en los internos del Centro de Rehabilitación Social, por lo que consideramos que en ello radica su importancia.

## CAPITULO II

### 2. MARCO TEORICO.

#### 2.1.- Alternativas teóricas asumidas.

##### La depresión

La depresión es un sentimiento de tristeza intenso, puede producirse tras una pérdida reciente u otro hecho triste pero es desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho y persiste más allá de un periodo justificado.

Depresión viene del latín "depressio": hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. La depresión es la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder **interés** en las cosas que antes disfrutaba hacer, ver, tocar y entre otras actividades que **el hombre** realiza para satisfacer una inquietud o necesidad. Se debe saber que la depresión es una enfermedad como puede ser la **diabetes** o la artritis, y no es solo una sensación de tristeza o de desánimo. Esta enfermedad progresa cada día afectando sus pensamientos, sentimientos-**emociones**, **saludfísica**, su forma de comportarse, y su relación para con los familiares, amigo, y todas las personas en general.



La depresión no es culpa de la **persona** que la padece, como tampoco es una debilidad de la **personalidad**. Es una enfermedad médica que es muy frecuente y puede afectar a cualquier persona. Aproximadamente 1 de cada 20 personas, el doble de mujeres que de hombres.

Después de la ansiedad, la depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente. Se estima que un 10 por ciento de la gente que consulta a un médico pensando que tiene un problema físico tiene en realidad una depresión. La depresión comienza habitualmente entre los 20 y los 50 años, lo nacidos en las últimas décadas del siglo XX parecen tener una incidencia mayor de depresión que las generaciones anteriores.

Un suceso de depresión dura comúnmente de 6 a 9 meses, pero el 15 al 20 por ciento de los pacientes dura 2 años o más. Los episodios generalmente tienden a recurrir varias veces a lo largo de la vida.

## **2.2. Categorías de análisis teórico conceptual**

### **La depresión**

Una forma de llegar a entender, sólo por una parte, a la depresión es tal vez por medio de la teoría del desamparo aprendido que ha sido

muy controversial en el campo de la depresión como causa de ésta. En un experimento realizado por Seligman y Maier (1967), citados en Bower (1996), para explicar el paradigma del desamparo aprendido utilizaron a dos grupos de perros a los cuales se les aplicaron descargas eléctricas dolorosas e impredecibles, pero sólo un grupo podía evitarlas al oprimir un panel y el otro no podía evitarlas a pesar de las respuestas que diera. Como la incapacidad, del grupo que no podía evitar de ninguna forma los choques, para actuar dependía de una historia de exposición a descargas no contingentes de las que no podían escapar, el fenómeno se denominó "desamparo aprendido"; esto es que si no podían tener control sobre las descargas para intentar evitarlas; después de determinadas sucesiones de descargas el perro sólo se quedaba quieto "soportando" las descargas. Algo semejante ocurre con los humanos que presentan desamparo aprendido el cual sería una característica de la depresión ya que Bower (1996) nos menciona que los déficits emocionales de los sujetos con desamparo aprendido son clínicamente interesantes y se asemejan a aquellos que asociamos con el individuo desesperanzado, desanimado o completamente frustrado; y como Seligman (1975) ha considerado el desamparo aprendido como una analogía de la depresión clínica humana.

Así que la teoría de Desamparo Aprendido establece que atribuir "incapacidades" a factores internos sugiere, precisamente, cierta tendencia al desamparo aprendido. Por su parte Trad (1992) considera que hay un continuo de susceptibilidad a creer en el desamparo propio

que sustenta la depresión tanto endógena como "reactiva", pero es importante mencionar que cuando una persona se encuentra bajo este paradigma del desamparo aprendido los síntomas que presenta son similares a algún tipo de depresión lo cual es corroborado por como lo explica Seligman es contraste, "la depresión es el convencimiento de la propia impotencia.

Entonces el desamparo aprendido es también una forma de depresión en donde los seres humanos, como los animales, están convencidos de la propia indefensión que se convierte en un obstáculo para intentar alternativas de escape de las tensiones y problemas.

## **CAUSAS DE LA DEPRESIÓN**

Las causas de la depresión no se conocen por completo. La depresión puede estar causada por uno o varios factores que pueden predisponer a una persona a sufrir depresión mas que otra. Algunas personas tienen mayor **probabilidad** de tener depresión que otras, las mujeres son mas propensas que los hombres a sufrir depresión, aunque las razones no están totalmente claras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición:

- **Herencia:** Los mas implicados son los hormonales, los cambios de **los valores** hormonales, que pueden provocar cambios de humor justo antes de la menstruación (tensión premenstrual) y después

del **parto** (depresión posparto), puede tener algún papel en las mujeres. Existe un mayor **riesgo** de padecer de depresión clínica cuando hay una **historia** familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad.

Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

- **Factores Bioquímicos:** Se ha demostrado que la **bioquímica** del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos.

Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores.

Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas **hormonas** pueden alterar los estados de ánimo, también pueden ocurrir cambios hormonales tras el uso de **anticonceptivos** orales; los fármacos, sobre todo los más usados

para tratar la **hipertensión** arterial pueden causar depresión. También tenemos los corticosteroides que por razones desconocidas causan depresión cuando se producen en grandes cantidades en el contexto de una enfermedad, como el síndrome de Cushing, pero tienden a causar euforia cuando se administran como tratamiento. Lo que aún no se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.

- **Situaciones estresantes:** Cuando se produce la depresión tras una experiencia traumática como **la muerte** de un ser querido (depresión reactiva), aniversarios con cierto significado, una enfermedad crónica, **problemas** interpersonales, dificultades financieras, **divorcio**; todas estas pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del **tiempo** pueden desencadenar en una depresión clínica.

- **Estacionalidad - Trastorno afectivo estacional (SAD):** Se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos. Es posible que la reducción de la cantidad de horas de **luz** afecte el **equilibrio** de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión.

- **Personalidad:** Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de **control** sobre las

circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión.

Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas.

Aparentemente, los patrones de **pensamiento** negativo típicamente se establecen en la niñez o **adolescencia** y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo.

## **TIPOS DE DEPRESIÓN**

### **LA DEPRESIÓN SEVERA**

La Depresión Severa (Trastorno Depresivo Mayor) se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer, etc. Es decir, es un tipo de depresión incapacitante que altera la vida del paciente.

### **LA DISTIMIA**

La Distimia; También conocida como depresión crónica, afecta a un porcentaje pequeño de la población (entre un 3 y un 6%) y se caracteriza por la presentación de la mayoría de los síntomas que aparecen en la depresión mayor, aunque dichos síntomas suelen ser menos intensos en

este caso y se prolongan más en el tiempo (como mínimo dos años). Los pacientes aquejados de distimia pueden llevar una vida normal pero se sienten permanentemente deprimidos, tienen dificultad para disfrutar la vida y no muestran cambios aparentes en la **conducta** o **comportamiento** diario, aunque tienen menos energía, una negatividad general, y un sentido de insatisfacción y desesperanza.

**Depresión Doble.** Esta es una complicación de la distimia. Los síntomas empeoran con el paso del tiempo y los pacientes sufren un episodio de trastorno depresivo mayor escondido tras la depresión crónica. En este caso, la depresión es denominada depresión doble.

**El Trastorno Bipolar o enfermedad maniaco-depresiva** es una alteración de los mecanismos que regulan **el estado** de ánimo. Quienes la sufren pasan alternativamente de la euforia o "manía" a la depresión, llegando a necesitar, en ocasiones, la hospitalización. Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. Este trastorno, no es tan frecuente como los anteriores y si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado psicótico (el paciente pierde temporalmente la razón).

**El trastorno bipolar** suele iniciarse en la vida adulta y, aunque es menos común, también puede comenzar en la adolescencia y raras veces en la niñez. El trastorno bipolar puede afectar a cualquier persona sin embargo, el factor hereditario desempeña un papel importante, de modo que si uno o ambos progenitores padecen un desorden bipolar, existe mayor probabilidad de que los hijos desarrollen el mismo desorden.

### **DEPRESIÓN ATÍPICA**

Depresión Atípica.- Las personas con depresión atípica generalmente comen y duermen con exceso, tienen un sentido general de pesadez, y un sentimiento muy fuerte de rechazo.

### **TRASTORNO AFECTIVO ESTACIONAL**

Trastorno Afectivo Estacional: el trastorno afectivo estacional (SAD) se caracteriza por episodios anuales de depresión en otoño o invierno, que remiten en primavera y verano. En estas épocas pueden ser sustituidos por fases maníacas. Otros síntomas incluyen fatiga, tendencia a comer exceso (particularmente hidratos de **carbón**), a dormir invierno. Es importante destacar que los cambios estacionales suelen a todas las personas y que no por ello se debe confundir con una depresión estacional.



## TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL

Trastorno Disfórico Premenstrual. El síndrome de depresión severa, irritabilidad, y tensión que precede a la menstruación se conoce como trastorno disfórico premenstrual (PDD o PMDD) (también llamado trastorno disfóricoluteínico tardío). Este trastorno suele afectar a un porcentaje mínimo de las mujeres (entre un 3 y un 8%) y su **diagnóstico** depende de la presencia de cinco síntomas típicos de la depresión severa, que aparecen durante la mayoría de ciclos menstruales, y que empeoran aproximadamente una semana antes del período menstrual y desaparecen después.

**La Asociación Americana de Psiquiatría**, ha establecido 3 clases frecuentes de depresión:

Depresión reactiva o neurótica

Depresión endógena y

Depresión orgánica.

### **Depresión reactiva o neurótica**

La depresión reactiva o neurótica es la más común, y no se genera por las deficiencias o alteraciones de sustancias en el cerebro, como es el caso de la depresión endógena, por lo tanto, los medicamentos o fármacos no son la respuesta exacta.

Se llama reactiva, porque surge generalmente por experiencias dolorosas durante nuestra **infancia**, -aún desde el vientre materno- niñez, adolescencia, **juventud**, adultez y **vejez**. Cuando la depresión aparece en la vida adulta aparentemente sin motivo, es que ya estaba en tu mente, agazapada y creciendo. Hoy los estudios nos dicen que los pequeños también padecen depresión reactiva y angustia de por vida, cuando estos sufren la ausencia diariamente de ambos padres o de la madre por más de 3 horas. Este tipo de depresión reactiva, puede ser motivada por ejemplo, por la no aceptación de la **muerte** o **suicidio** de alguien muy significativo para ti, el divorcio, los pleitos en **la familia**, los problemas económicos, el **desempleo**, por las heridas de la vida, es decir, por los rechazos, abandonos, traiciones, humillaciones e injusticias.

La depresión reactiva o neurótica viene cuando resistes y no aceptas un suceso doloroso de tu vida como por ejemplo, alguna violación o abuso de cualquier tipo, una **quiebra** económica, una enfermedad crónica o incurable, el **alcoholismo** o **drogadicción** de alguien en tu casa o en ti mismo, cuando por tanto dolor no aceptas vivir. El inicio de este tipo de depresión, no tiene porqué ocurrir inmediatamente después del acontecimiento doloroso, sino a veces, puede darse unas semanas o meses o años después.

Resumiendo podemos decir que la depresión, reactiva viene por estar encerrados sobre nosotros mismos, entregados a la auto-

compasión, por ello será necesario que queramos, que quieras despertar, que quieras comenzar a vivir de la fe; que a partir de hoy, no quieras volver a reaccionar con esos patrones mentales con los que siempre has respondido ante una palabra hiriente y por ello gritas y hechas al **aire** palabras y **acciones** que llevan una gran carga de resentimiento, odio, ira y amargura.

Lo que te recomendamos –si no crees en Dios- es que recurras a un consejero, a una consejera que no te guíe o te "escuche", desde su vacío existencial sino que sea una persona madura en los **valores** humanos, que pueda guiarte por medio de terapias de auto-estima, y del re-descubrimiento de la riqueza de tu propia interioridad ¡Que es mucha!, aunque ahora no lo veas así.

Nosotros hemos pasado por muchas situaciones muy difíciles: cáncer, estar tres años en silla de ruedas, pérdidas de seres queridos, pérdida de un **oído**, abusos sexuales, rechazos, injusticias, humillaciones, pero a pesar de todo te decimos que nosotros preferimos poner a caminar nuestra fe, antes que decidir vivir en la incredulidad y el resentimiento o la desesperanza. Preferimos vivir de fe, porque por experiencia sabemos que Él es fiel y porque la fe libera; con la fe, no te engañas, la fe te hace libre de **fantasmas** mentales, cadáveres podridos que te hacen extremadamente infeliz y que muchas veces han sido engendrados por el subconsciente lleno de heridas. Por la fe, esas heridas pueden ser

sanadas poco a poco, paso a paso y desde la fe, **seguro** que podrás vivir constantemente en la verdad, despierto, despierta, disfrutando de tu vida y aún más, disfrutando del único tiempo que es real: el hoy, el aquí y el ahora.

Así que si decides poner a caminar tu fe, si decides comenzar a vivir una relación profunda con ese ser Absoluto, que nosotros llamamos Padre Celestial y a quien agradecemos infinitamente porque nos ha regalado a los seres humanos a su Hijo Jesús, seguras estamos de que tu recuperación interior y la sanación de todos los momentos dolorosos de tu vida, te vendrá del estar con el Señor Dios en oración, ante su Palabra, porque Su Palabra, te irá iluminando e irás trabajando juntamente con Su gracia para saber asumir el caos natural de existir, la angustia existencia propia de ser seres humanos contingentes, frágiles, pero que con la fe puesta en Jesús, salimos más que victoriosos siempre, a pesar de experimentar que en ocasiones la barca se hunda. Te repetimos una vez más que nosotras somos testigos que Dios siempre es fiel. ¡Sí! Dios es fiel y quiere lo mejor para ti, quiere tu felicidad, quiere regalarte su paz.

## Depresión endógena

La depresión endógena es una respuesta a algún **proceso** endógeno o interno desconocido es decir que esta depresión endógena no es desencadenada por ningún acontecimiento externo como es el caso de la depresión reactiva o neurótica. La depresión endógena puede tener un origen debido al mal funcionamiento de algunas glándulas –como las endocrinas por ejemplo, - o por deficiencias o alteraciones de sustancias químicas en el cerebro como la serotonina y la noradrenalina La psiquiatría la trata con medicamentos sugiriéndole al paciente que no se auto medique y que esté bajo estricta **supervisión** médica.

Los nutriólogos aconsejan para este tipo de depresión, ejercicio físico y una dieta alimenticia, rica en **carbohidratos** y **proteínas** como dulces, palomitas de **maíz**, chocolates, pescado, piña y chile como estimulante.(Todo con medida, con equilibrio)

Nosotros te aconsejamos que te integres a un **grupo** de auto-ayuda en el que puedas acrecentar la fe, la esperanza y **el amor**; y que te fijes metas a corto plazo a ser posible solamente las de cada momento del día, sin pensar en el ayer ni en el mañana.

Por experiencia te decimos que será muy pero muy benéfico para ti, tener una actitud positiva a pesar de todo lo que puedas sentir. Aférrate

sanamente en la fe al Señor Jesús, uniéndote a Él en sus momentos de dolor y uniéndote al dolor de tanto ser humano que sufre porque resiste, porque no saben cómo manejar el dolor sobre todo **moral**; estamos seguras que saldrás victorioso, victoriosa de cada momento depresivo, pues la fe, libera, la fe da plenitud, la fe nos lleva a la esperanza y la esperanza nos lanza a salir de nuestro dolor para ir a los otros, a ayudarles a brindarles una palabra de aliento, a darles **señales** de que la vida vale la pena vivirla por amor al Padre Dios, que nos ha amado primero.

La depresión endógena la hemos superado tanto nosotros, como todas las personas que vienen a los talleres que impartimos, por medio de una **alimentación** sana y balanceada, con el ejercicio físico moderado, tratando de fomentar siempre una mente positiva, y sobre todo, la superamos día con día.

La depresión endógena no es desencadenada pues, por ningún acontecimiento externo. Simplemente se abalanza sobre la persona afectada. Por lo general, presenta ciclos temporales regulares, que probablemente aparezcan cada seis meses pudiendo ser bipolar o unipolar.

El trastorno bipolar recibe el nombre de maníaco-depresiva y es cuando la persona pasa repetidamente de la desesperación a un estado

de ánimo neutro, de aquí pasa a un estado maníaco hiperactivo y superficialmente eufórico, aparentemente de mucha alegría, con mucho hablar y hablar, para volver –pasando por el estado neutro- a la postración o estado sumamente deprimido. Repetimos como lo dijimos atrás, que os psiquiatras recomiendan en este tipo de depresión maniaco depresiva, no abandonar el medicamento ni mucho menos automedicarse.

Hay quienes padecen solamente uno de los dos polos: o están eufóricos o sumamente deprimidos. A esto la psiquiatría le llama: Depresión unipolar. La Depresión unipolar consiste en una alternancia regular de desesperación y neutralidad sin aparición de la fase maníaca.

También pueden hallarse genéticamente predisuestas las personas a este tipo de depresión llamada endógena si la madre es depresiva y el padre alcohólico o drogadicto. Y sus síntomas suelen ser tan graves que pueden llevar hasta la postración es decir que lo que se siente interiormente, lleva a no desear ya nada en la vida y querer morir, sobre todo si nunca se ha alimentado la fe.

Otro trastorno depresivo es el trastorno distímico que es un estado en el que no se tiene control sobre los estados de ánimo, pero que los síntomas de depresión no son tan graves como en un trastorno depresivo mayor. Coincide aproximadamente con los diagnósticos clásicos de

**neurosis** o personalidad depresiva. La distimia, es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos a largo plazo que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona, tiñendo de gris toda la vida de la persona deprimida, pero te repetimos. Esto se supera desde la fe, desde una relación sólida con el Señor Jesús.

Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida, esto es lo que se conoce como Depresión Doble o Trastorno Depresivo Mayor como la depresión maniaco depresivo. La persona con trastorno distímico pudo haber presentado síntomas neuróticos desde la infancia, así como problemas para adaptarse a todo y a todos, seguramente por los rechazos y abandonos del pasado.

También aparece por ambientes familiares conflictivos en el desarrollo de vida del pequeño más tarde joven, causándole todo esto más heridas y por lo tanto, más depresión. La depresión severa o Trastorno Depresivo Mayor se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el transcurso de la vida.



## Depresión orgánica

Cuando se hace un diagnóstico de depresión, es importante descartar las bases orgánicas, es decir, que la depresión no esté siendo causada por alguna enfermedad tan simple como una gripe o una infección intestinal, hasta algo tan delicado como una lesión cerebral, cáncer, **sida**, etc. Además se necesitará descartar que no sea estimulada por la **acción** de ciertos medicamentos o fármacos. La depresión orgánica también puede aparecer por falta de alguna vitamina en el cuerpo.

La depresión va surgiendo en las diferentes etapas de la vida. En los primeros años de la adolescencia y en **la mujer** a los 40 y en el varón a los 50, la depresión aparece por el **cambio** hormonal tan importante y brusco.

En la **mujer** la depresión se puede dar también por la menstruación, antes, en y después; lo mismo antes, en y después del parto cargada de ansiedad.

Está también la depresión de la tercera edad causada muy posiblemente por la pérdida de autonomía e incapacidad para cuidarse a sí mismo. Existen diversas circunstancias comunes a la vejez como el aislamiento, la pérdida de relaciones interpersonales, el deterioro de la capacidad adquisitiva y del prestigio social, las enfermedades somáticas,

y otros factores estresantes que juegan un papel importante en las depresiones del anciano.

### **Depresión por duelo o pérdida**

La depresión por duelo **que se ha acepta con paz, con fe adulta**, se trata como un duelo sin complicaciones. Esta depresión, este dolor, esta reacción es normal frente a una pérdida afectiva importante. A veces pueden aparecer síntomas semejantes a la depresión mayor, principalmente ideas de culpa, centradas en no haber hecho lo suficiente por la persona fallecida sin caer en delirios. En Mensajes de paz y esperanza encontrarás temas como "El miedo viene de lo que oigo" que te darán ideas que te ayudarán a aceptar la muerte como algo natural, como parte final terrena de ser seres humanos.

También se tiene la idea de querer morir, más como deseo de reunirse con la persona fallecida que como deseo de quitarse la vida por no querer vivir. Sólo si se prolonga un tiempo superior a seis meses o alcanza una intensidad que paralice a la persona en su vida diaria, se le considera que el duelo se ha complicado con depresión mayor y se tratará como tal, pero te repetimos que la salida más segura de liberación y de sanación interior es la fe, el creer en el amor incondicional del Señor, el saber que todo lo podemos superar en Él, porque nada ni nadie es nuestra **motivación** de vivir fuera de Él. También será bueno que hagas

tuyo nuestro principio de vida: No esperes nada de nadie. Espera todo de Dios y de ti.

## DEPRESIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO

Las mujeres están más expuestas a sufrir este estado de ánimo. Por algo los estudios psicológicos que la mujeres tienden responder a la adversidad encerrándose en si mismas y auto culpándose. Por el contrario, los varones tienden a negar la adversidad y a dedicarse de lleno a diversas actividades.

- **La depresión en la mujer:** Las **estadísticas** muestran que las mujeres padecen más depresión que los hombres, esto se debe a que existen diferencias biológicas entre ambos.

Los cambios hormonales, tales como estrógeno y progesterona parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres.

Los cambios en los niveles hormonales se producen durante una serie de acontecimientos que están asociados a la depresión, en particular los cambios del ciclo menstrual, el **embarazo**, el **aborto**, el periodo de **niños**, el **mantenimiento** del hogar y un **empleo**. Asimismo ciertos sucesos traumáticos como violaciones y otras formas de

**abuso sexual** pueden contribuir a la incidencia creciente de la depresión en mujeres.

- **La depresión en el hombre:** Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, y a la vez es más reacio para admitir que tienen depresión.

Por lo tanto, el diagnóstico puede ser más difícil de hacer. El hombre es diagnosticado menos que la mujer. La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer.

Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en ambos sexos. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo. El **alcohol** y **las drogas** enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. No es raro que la depresión en los hombres se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiene más **resistencia** a buscar ayuda.

- **La depresión en la vejez:** Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. Cuando una persona mayor se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez.

La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su **familia**. Con un tratamiento adecuado tendría una vida placentera. Cuando la persona de edad va al médico, puede describir solo síntomas físicos siendo reacio a hablar de sus sentimientos de desesperanza y tristeza.

La persona puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo puede prolongarse por mucho tiempo.

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de salud mental. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente.

Los síntomas depresivos también pueden deberse a efectos secundarios de medicamentos que la persona está tomando, o debidos a una enfermedad física concomitante.

Si se hace el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o **psicoterapia** ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. La **investigación científica** reciente indica que la psicoterapia breve puede ayudarlos en sus relaciones cotidianas y a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente que generalmente acompañan a la depresión.

La psicoterapia es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores, también es útil cuando los pacientes no pueden o no quieren tomar medicamentos.

La depresión en la vejez puede tratarse eficazmente con tratamiento psicoterapéutico.

El rápido reconocimiento y tratamiento de la depresión en la vejez hará que este periodo de la vida sea más placentero para el anciano deprimido, para su familia y para quienes le cuidan.

- **La depresión en la niñez:** La depresión en la niñez se empezó a reconocer solo hace dos décadas. El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar a ir a la **escuela**, no querer separarse de los padres o tener miedo a que uno de los padres se muera. El niño más grande puede ponerse de mal humor, meterse en problemas

en el colegio, comportarse como un niño travieso o indisciplinado, estar malhumorado o sentirse incomprendido.

Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a la otra, es a veces difícil establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si está verdaderamente padeciendo de depresión.

A veces el niño tiene un cambio de comportamiento marcado que preocupa a los padres, o el maestro menciona que el "niño no parece ser él mismo".

En tal caso, después de descartar problemas físicos, el pediatra puede sugerir que el niño sea evaluado, preferiblemente por un psiquiatra especializado en niños. De ser necesario un tratamiento, el médico puede sugerir psicoterapia.

Los niños constituyen una población diferente y no pueden ser **tratados** como si sólo fueran adultos en miniatura. Una forma definida de depresión, denominada depresión analítica tiene lugar en la segunda mitad del primer año de vida en niños que han estado separados de su madre.

En diferentes combinaciones y grados de severidad, este tipo de depresión combina aprensión, tristeza, llanto frecuente, rechazo del entorno, retraimiento, retraso, aletargamiento, falta de apetito, insomnio y expresiones de desdicha.

## **SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO**

### **Síntomas**

Los síntomas se desarrollan habitualmente de forma gradual a lo largo de días o semanas. Una persona que está entrando en una depresión puede aparecer lenta y triste o irritable y ansiosa.

Muchas personas con depresión no pueden expresar normalmente sus emociones (como la aflicción, la alegría y el placer); en casos extremos el mundo aparece ante ellos como descolorido, sin vida y muerto. El pensamiento, la **comunicación** y otras actividades de tipo general pueden hacerse más lentos, hasta cesar todas las actividades voluntarias.

La gente deprimida puede estar preocupada por pensamientos profundos de **culpabilidad** e ideas auto-ofensivas y puede no ser capaz de concentrarse adecuadamente. Estas personas están a menudo



indecisas y reclusas en si misma, tienen una sensación progresiva de desamparo y desesperanza y piensan en la muerte y en el suicidio.

El síntoma más característico de la depresión es que el paciente se siente como hundido, con un peso agobiante sobre su existencia, sobre su vitalidad que cada vez lo entorpece más y más para vivir en plenitud.

### **Los síntomas principales que la definen son:**

**Tristeza patológica:** Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda, arrasadora. Tanto, que el paciente se siente "en baja", tal como si hubiera perdido el sabor, el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa. Un dato tremendo: el 15% de los deprimidos termina suicidándose.

**Desgano y anhedonia:** el sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer

**Ansiedad:** es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo

contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.

**Insomnio:** al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y de mal talante.

En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnía (exceso de horas de sueño).

**Alteraciones del pensamiento:** imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, **la memoria** se debilita y la distracción se torna frecuente. Cerca del 15 por ciento de las personas deprimidas, mas comúnmente aquellas con depresión grave, tienen delirios (creencias falsas) o alucinaciones, viendo u oyendo cosas que no existen, estas depresiones con delirios se denominan depresiones psicóticas.

**Alteraciones somáticas:** por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.

**Alteraciones del comportamiento:** el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas **crisis** de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes experimentando una depresión agitada. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

**Modificaciones del apetito y del peso:** la mayoría de los pacientes pierde el apetito deja de comer experimentado una depresión vegetativa y, en consecuencia, provoca la disminución de peso., por el contrario el exceso de alimentación y la ganancia ponderal son frecuentes en las depresiones leves.

**Pérdida del placer:** en lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el **deporte** y en los **juegos** y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

**Culpa excesiva:** siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.

**Pensamiento suicida:** los pensamientos de muerte están entre los síntomas mas graves de depresión, los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos

autodestructivos. Muchos deprimidos quieren morir o sienten que su valía es tan escasa que deberían morir. Hasta un 15 por ciento de las personas con depresión grave tiene una conducta suicida.

**Disminución de la energía:** se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

### **Diagnóstico**

El médico es capaz de diagnosticar una depresión a partir de los **signos** y síntomas, con una historia previa de depresión o una historia familiar, recopilando y organizando **información** junto con un alto índice de sospecha y de intuición fundada, para que sirva de gran ayuda al confirmar el diagnóstico.

A veces se usan cuestionarios estandarizados para así **poder** medir el grado de depresión, la mayoría de pacientes que son vistos por el médico general presentan una depresión relacionada de alguna manera, con padecimientos físicos; este es el motivo por el cual consultan a un médico de **atención** primaria.

Dos cuestionarios de este tipo, están los de Hamilton y de Beck; del primero viene a ser la **escala** de porcentaje de la depresión, que se realiza de modo verbal por el entrevistador; y del segundo trata de un **inventario** de depresión, que consiste en un **cuestionario** que el paciente debe rellenar.

- A veces la depresión se halla oculta por síntomas físicos y emocionales que en general están asociados con ansiedad.

- A veces la depresión se expresa primordialmente por síntomas somáticos

- A veces el paciente presenta una patología orgánica que causa depresión – la causa físicamente o tiene una respuesta emocional

- Algunos pacientes, dado que padecen patologías orgánicas relacionadas con la edad -- el anciano o el adolescente – presentan mayor riesgo de sufrir depresión.

- Algunas personas sometidas a **stress** por las circunstancias de vida se encuentran sometidas físicamente al **stress** y presentan riesgo de sufrir depresión.

Las **pruebas** de **laboratorio**, generalmente **análisis** de **sangre**, pueden ayudar al médico a determinar las causas de algunas depresiones. Esto es particularmente útil en mujeres, en la que los factores hormonales pueden contribuir a la depresión.

En casos difíciles de diagnosticar, los médicos pueden realizar otras pruebas para confirmar el diagnóstico de depresión.

Por ejemplo, debido a que los problemas de sueño son un signo prominente de depresión, los médicos especializados en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del humor pueden realizar un encefalograma durante el sueño para medir el tiempo que tarda la persona en llegar a la fase de **movimiento** rápido de los ojos (el período en el cual ocurren los sueños). Generalmente se tarda unos 90 minutos. En 70 minutos o mayormente en menos de 70 minutos suele alcanzar en una persona con depresión.

### **Pronóstico y tratamiento**

Cuando se tiene una depresión y no se trata puede durar unos 6 meses o más.

Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar la depresión. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión. Las personas con depresión moderada o severa más a menudo mejoran con antidepresivos.

En cualquier caso, en general, los depresivos experimentan episodios repetidos de depresión, en un promedio de cuatro o cinco veces a lo largo de la vida.

Hoy en día generalmente, la depresión se trata sin necesidad de hospitalizar a la persona afectada. Sin embargo, a veces una persona debe ser hospitalizada, especialmente si tiene una depresión grave, como ideas de suicidio, si esta demasiado débil por la pérdida de peso o si tiene riesgo de problemas cardiacos por la agitación intensa.

La ayuda psicológica permite al paciente aprender a resolver con más **eficacia** los problemas que les puedan surgir, así como a detectar y debatir posibles pensamientos negativos que entorpezcan su vida cotidiana.

Actualmente el tratamiento farmacológico es el factor más importante en el tratamiento de la depresión. Varios tipos de fármaco antidepresivos están disponibles: los triciclicos. Los inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina, los inhibidores de la monoaminoxidasa y los psicoestimulantes, pero deben tomarse de forma regular durante por los menos varias semanas antes de que empiecen a hacer efecto.

Las posibilidades de que un antidepresivo específico tenga **éxito** en el tratamiento de una persona son del 65 por ciento.

Otros tratamientos incluyen la psicoterapia y la terapia electroconvulsionante. Algunas veces se usa una combinación de estas terapias.

### **¿Cómo Debe Tratar la Familia y los Amigos al Deprimido?**

No debe olvidarse que los que rodean a un deprimido también sufren. Generalmente no entienden lo que está pasando, ya que aparentemente no hay motivo para el estado del enfermo. Es esencial, la **adopción** de una actitud comprensiva y abierta, que permita que se desarrolle el **diálogo** y se pueda ir restableciendo la objetividad poco a poco; recordemos que el deprimido suele tener una especial sensibilidad para los aspectos tristes, siendo incapaz de ver los positivos.

Es inútil pedirle a un deprimido que te explique lo que le pasa, no podrá hacerlo, no sabe lo que le pasa. Si se insiste en ello, lo único que se conseguirá, es convencerle más de que no se le entiende, y en algunos casos irritarle. Tampoco se debe pretender argumentarle que vea la realidad con objetividad, no podrá. Hay que entender que no está así por su gusto. Que no servirá de nada que le digamos que se anime o que se involucre en actividades. Lo que suponga un esfuerzo no está de su



mano. Según la gravedad, hay cosas que no puede hacer, como divertirse, por mucho que otros se empeñen, ir a trabajar, viajar, leer, ver **televisión**, pescar, etc., suelen ser consejos que el deprimido no puede seguir. Lo mejor que pueden hacer las personas que se encuentren cerca de un deprimido, es transmitirle el sentimiento de que se les quiere y de que se tiene interés en ellos, sin agobiarles, y manteniendo una actitud de espera activa, convencidos de que saldrá de su situación. Simultáneamente a lo anterior, deben de tratar que el enfermo acepte la ayuda especializada de un psiquiatra o psicólogo.<sup>1</sup>

### **2.3. Planteamiento de la hipótesis**

#### **2.3.1. Hipótesis General**

Si evitamos la depresión mejoraremos la salud de las internas del Centro de Rehabilitación Social de Quevedo.

#### **2.3.2. Hipótesis Particulares**

Si evitamos la depresión:

Mejoraremos la autoestima de las internas Centro Social de Quevedo.

Si evitamos la depresión mejoraremos el estado emocional de las internas del Centro de Rehabilitación Social de Quevedo.

## 2.4.- Operacionalización de la Hipótesis

Cuadro 1. Operacionalización de la primera hipótesis

Concepto	Categorías	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas instrumentos
<p><b>La depresión</b></p> <p>Es un sentimiento de tristeza intenso, puede producirse tras una pérdida reciente u otro hecho triste pero es desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho y persiste más allá de un periodo justificado.</p> <p><b>Interno</b></p> <p>Se aplica a la persona que vive en el mismo lugar en el que trabaja o estudia.</p> <p>Persona que cumple condena en un establecimiento penitenciario.</p>	<p>Si evitamos la depresión</p> <p>Mejoraremos la salud de los internos</p> <p>Mejoraremos la autoestima de los internos</p> <p>Mejoraremos el estado emocional de los internos</p>	<p>-Existencia</p> <p>-Formas</p> <p>-Problemas</p> <p>-Complicaciones</p> <p>Culpabilidad</p> <p>-Irritabilidad</p> <p>-Intolerancia</p> <p>Conductas agresivas</p> <p>Tendencias delictivas</p> <p>Rebeldía</p>	<p>-¿Los internos presentan depresión?</p> <p>-¿Los internos presentan ocultan la depresión?</p> <p>-¿Los internos que presentan depresión, tienen problemas de salud?</p> <p>-¿La salud de los internos se ha complicado por la depresión?</p> <p>-¿Los internos con depresión presentan deteriorada autoestima?</p> <p>-¿Los internos con depresión presentan irritabilidad?</p> <p>-¿Los internos con depresión presentan conductas rebeldes?</p> <p>-¿Los internos con depresión presentan intolerancia?</p> <p>-¿Los internos con depresión presentan indefensión para enfrentarse a obstáculos?</p>	<p>Entrevista a autoridades y familiares y encuestas a los internos del centro carcelario</p>

## CAPÍTULO III

### 3.- DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Metodología empleada

**3.1.1.- Método Inductivo.-** Va de lo particular a lo general. Es decir, partir del conocimiento de cosas y hechos particulares que se investigaron, para luego, utilizando la generalización y se llega al establecimiento de reglas y leyes científicas.

**3.1.2.- Método deductivo.-** Es el proceso que permite presentar conceptos, principios, reglas, definiciones a partir de los cuales, se analiza, se sintetiza compara, generaliza y demuestra.

**3.1.3.- Método descriptivo.-** Lo utilice en la descripción de hechos y fenómenos actuales por lo que digo: que este método me situó en el presente. No se redujo a una simple recolección y tabulación de datos a los que se acompaña, me integro el análisis reflexión y a una interpretación imparcial de los datos obtenidos y que permiten concluir acertadamente mi trabajo.

### **3.2. Modalidad de la investigación.**

En la presente investigación se empleará la modalidad de campo y documental: De campo porque se realizarán entrevistas a los profesionales de la salud y encuestas a los adultos mayores.

### **3.3. Nivel o tipo de investigación.**

Los tipos de investigación a emplearse son: descriptivas y explicativas.

Descriptivas, por cuanto a través de la información obtenida se va a clasificar elementos y estructuras para caracterizar una realidad y, Explicativa, porque permite un análisis del fenómeno para su rectificación.

### **3.4. Población y muestra**

#### **3.4.1.- Población**

La población es el grupo de individuos que habitan en una determinada zona donde se realiza la investigación, en este caso tenemos una población de estudio determinada en la totalidad de la población de los internos reclusos en el Centro de Rehabilitación Social de Quevedo.

### 3.4.2.- Muestra

Se considera como muestra a una parte de la investigación que facilita el estudio y hace más eficaz a la investigación para lo cual aplicamos la siguiente fórmula.

Total de Encuestas:

$$M = \frac{N}{E^2 (n-1) + 1}$$

#### Simbología

M = Total de muestra

N = Total de la población

E = margen de error (de 0.01 hasta 0.10)

$$M = \frac{N}{E^2 (n-1) + 1}$$

$$M = \frac{450}{(0.05) (450 - 1) + 1}$$

$$M = \frac{450}{(0.0025) (449) + 1}$$

$$M = \frac{450}{1.1225 + 1}$$

$$M = \frac{450}{2,1225}$$

$$M = 212.01 = 212$$

Las encuestas se aplicarán a los 212 internos del centro de rehabilitación, y entrevista a dos psicólogos un Doctor y al director del centro personas de la población, del cantón Quevedo, Provincia de los Ríos

### **3.5.- Técnicas de recolección de datos**

**3.5.1.- Cuestionario para la encuesta:** Es la técnica que a través de un cuestionario permite recopilar datos de toda la población o de una parte representativa de ella.

### **3.6. Recursos de información.**

- Consulta a expertos
- Visita a bibliotecas y librerías.
- Recopilación de material bibliográfico y documental
- Aplicación de instrumentos de investigación.
- Internet

### **3.7.- Selección de recursos de apoyo**

- Video grabadoras
- Filmadoras
- Fichas bibliográficas
- Fichas nemotécnicas

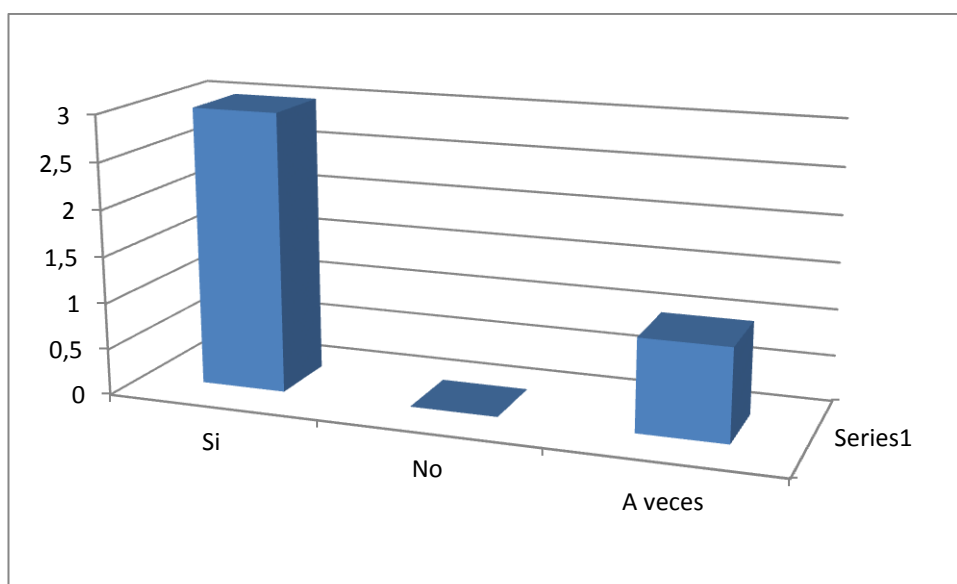
## CAPÍTULO IV

### 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

#### 4.1. Entrevista dirigida a los profesionales que laboran en el Centro de Rehabilitación de Quevedo

1).- ¿Los internos presentan depresión?

Respuesta	#	%
Si	3	75
No	0	0
A veces	1	25
Total	4	100



#### Análisis

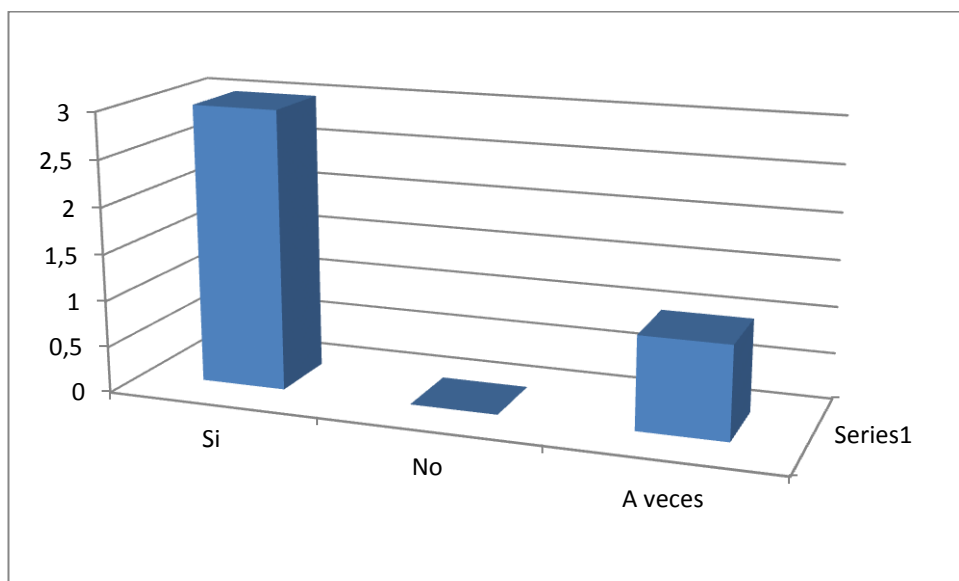
De la investigación realizada, el 75% manifiesta que los internos si presentan depresión, mientras que un 25% dice que solo a veces.

#### Interpretación

No todos los internos presentan depresión

2). -¿Los internos que presentan depresión, tienen problemas de salud?

Respuesta	#	%
Si	3	75
No	0	0
A veces	1	25
Total	4	100



### Análisis

De la investigación realizada, el 75% manifiesta que los internos que presentan depresión si tienen problemas de salud, mientras que un 25% dice que solo a veces.

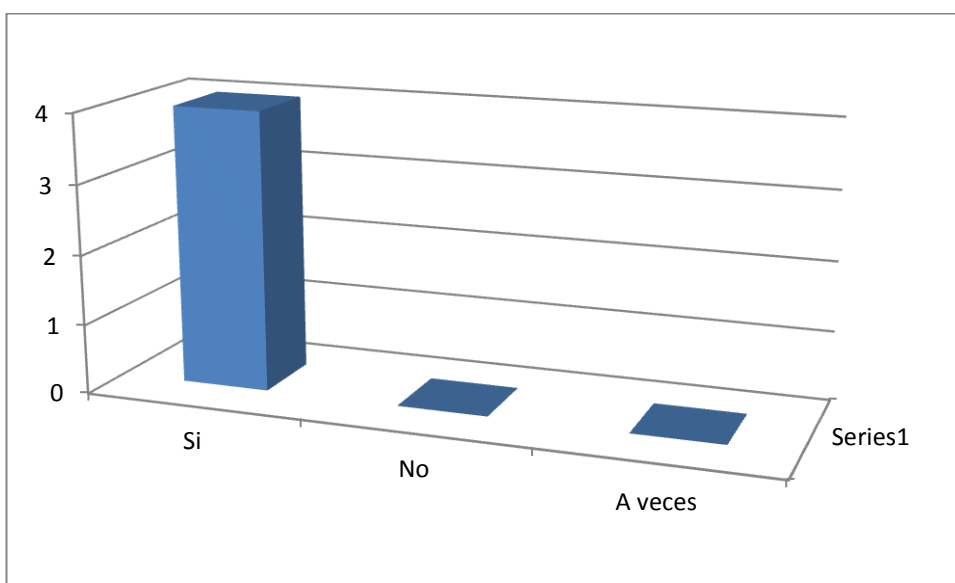
### Interpretación

No todos los internos presentan depresión, tienen problemas de salud



3).-¿La salud de los internos se ha complicado por la depresión?

Respuesta	#	%
Si	4	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	4	100



### **Análisis**

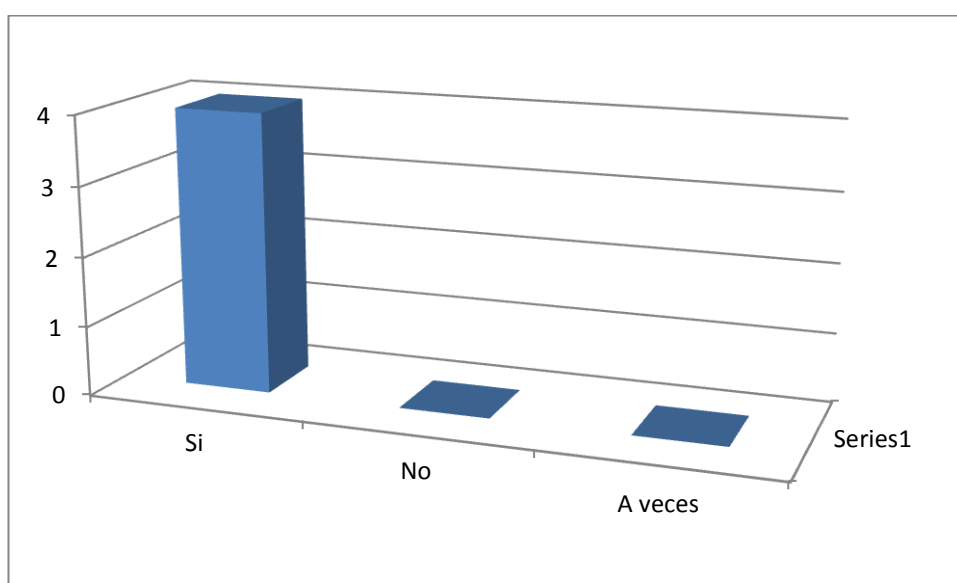
De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que la salud de los internos se ha complicado debido a la depresión

### **Interpretación**

La salud de los internos se ha complicado debido a la depresión

4).-¿Los internos con depresión presentan deteriorada autoestima?

Respuesta	#	%
Si	4	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	4	100



### **Análisis**

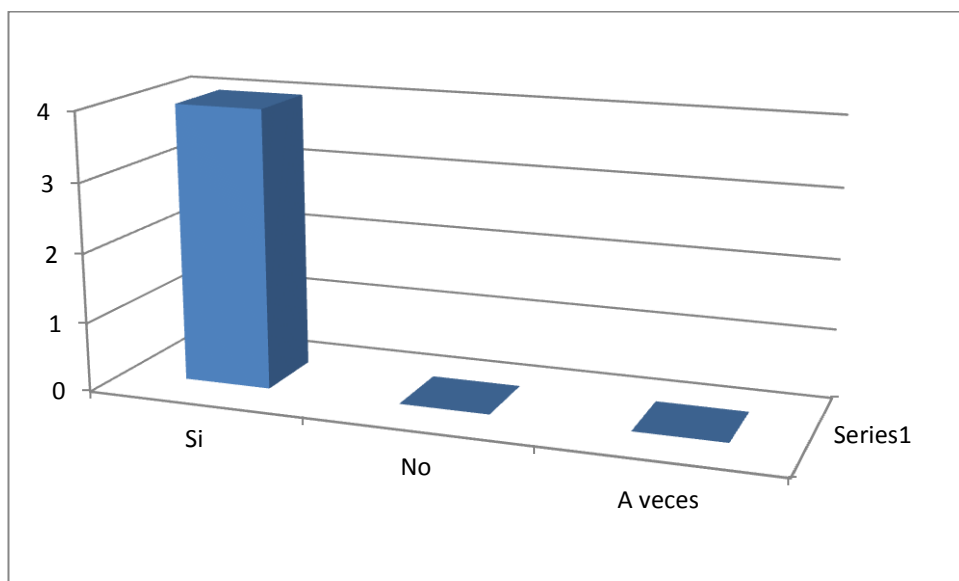
De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los internos con depresión presentan deteriorada autoestima

### **Interpretación**

Los internos con depresión presentan deteriorada autoestima

5).-¿Los internos con depresión presentan irritabilidad?

Respuesta	#	%
Si	4	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	4	100



### **Análisis**

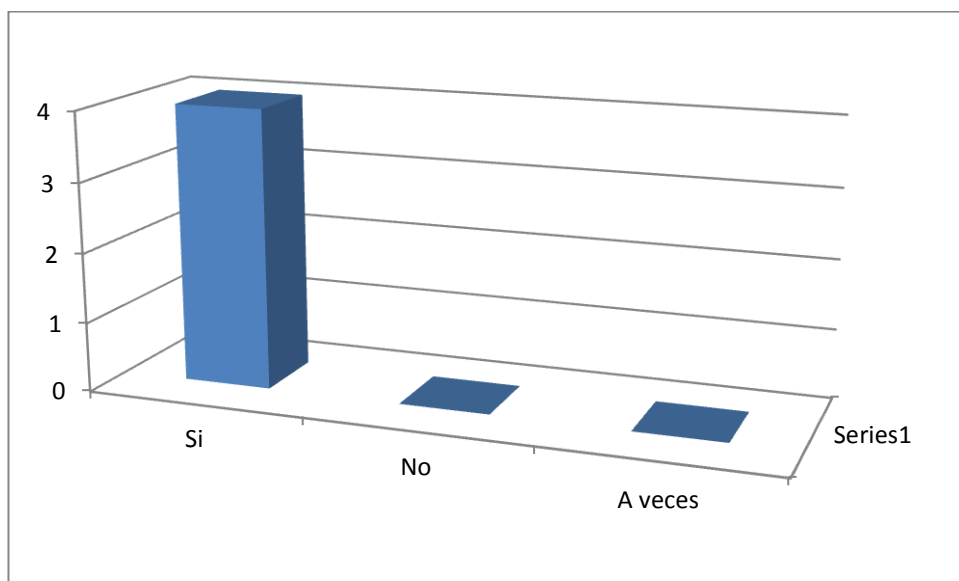
De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los internos con depresión presentan irritabilidad

### **Interpretación**

Los internos con depresión presentan irritabilidad

6).- ¿Los internos con depresión presentan conductas rebeldes?

Respuesta	#	%
Si	4	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	4	100



### **Análisis**

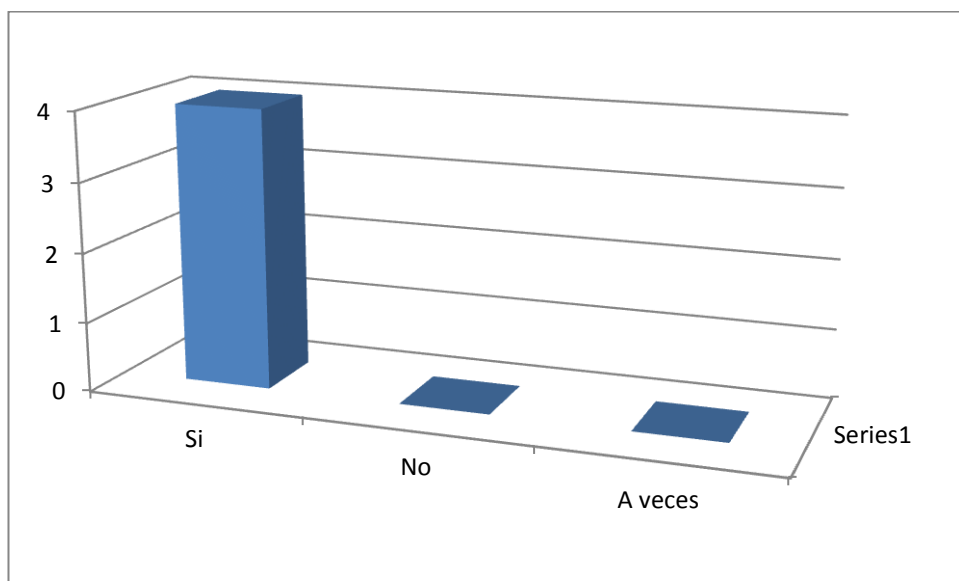
De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los internos con depresión presentan conductas rebeldes

### **Interpretación**

Los internos con depresión presentan conductas rebeldes

7).-¿Los internos con depresión presentan intolerancia?

Respuesta	#	%
Si	4	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	4	100



### **Análisis**

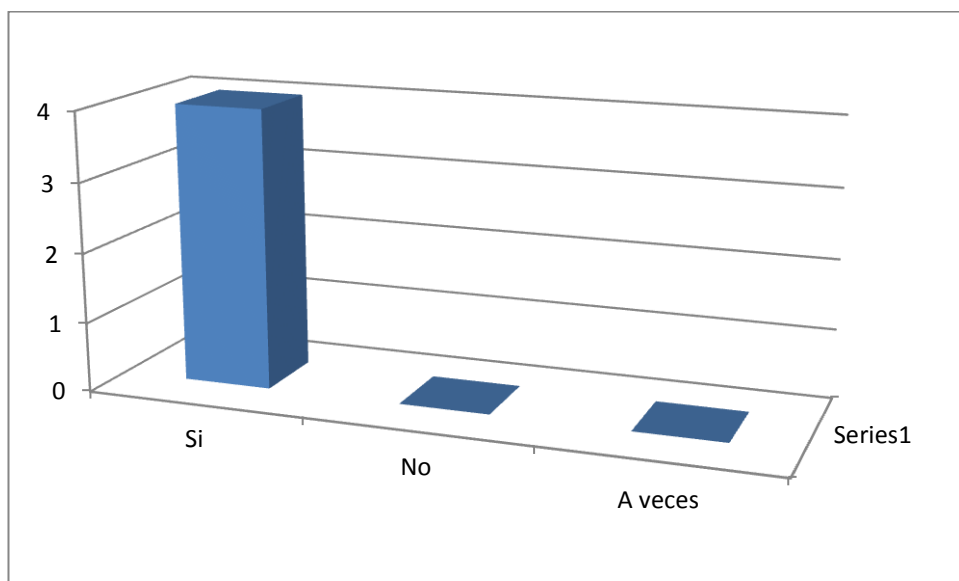
De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los internos con depresión presentan intolerancia

### **Interpretación**

Los internos con depresión presentan intolerancia

8).-¿Los internos con depresión presentan indefensión para enfrentarse a obstáculos?

Respuesta	#	%
Si	4	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	4	100



### **Análisis**

De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los internos con depresión presentan indefensión para enfrentarse a obstáculos

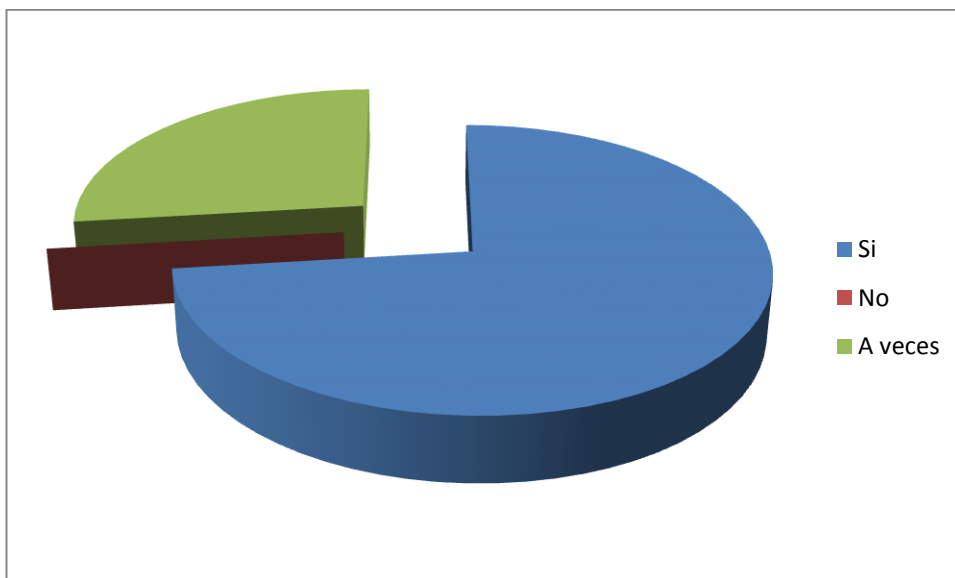
### **Interpretación**

Los internos con depresión presentan indefensión para enfrentarse a obstáculos

#### 4.1. Encuesta dirigida a los internos del Centro de Rehabilitación de Quevedo

1).- ¿Los internos presentan depresión?

Respuesta	#	%
Si	155	73
No	0	0
A veces	57	27
Total	212	100



#### Análisis

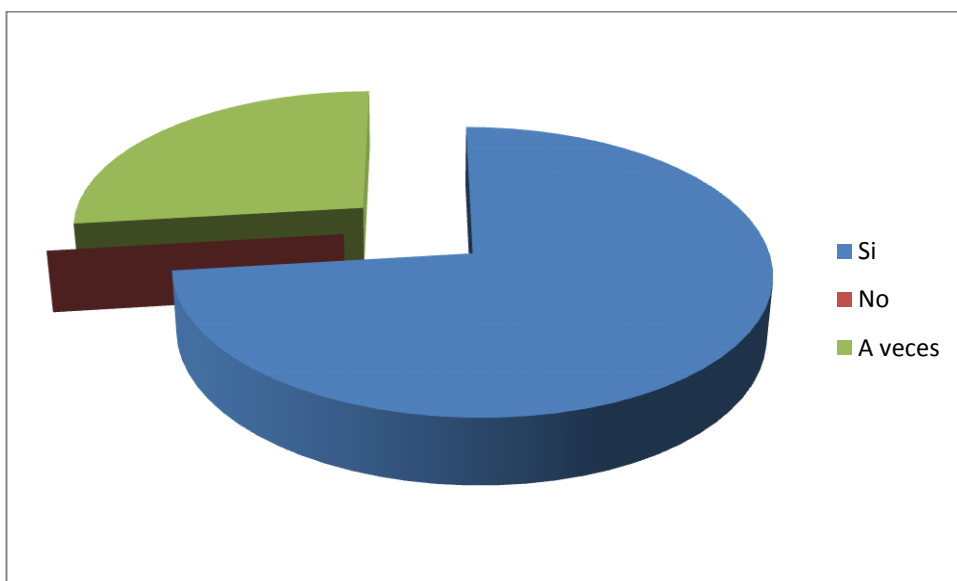
De la investigación realizada, el 73% manifiesta que los internos si presentan depresión, mientras que un 27% dice que solo a veces.

#### Interpretación

No todos los internos presentan depresión

2). -¿Los internos que presentan depresión, tienen problemas de salud?

Respuesta	#	%
Si	155	73
No	0	0
A veces	57	27
Total	212	100



### Análisis

De la investigación realizada, el 73% manifiesta que los internos que presentan depresión si tienen problemas de salud, mientras que un 27% dice que solo a veces.

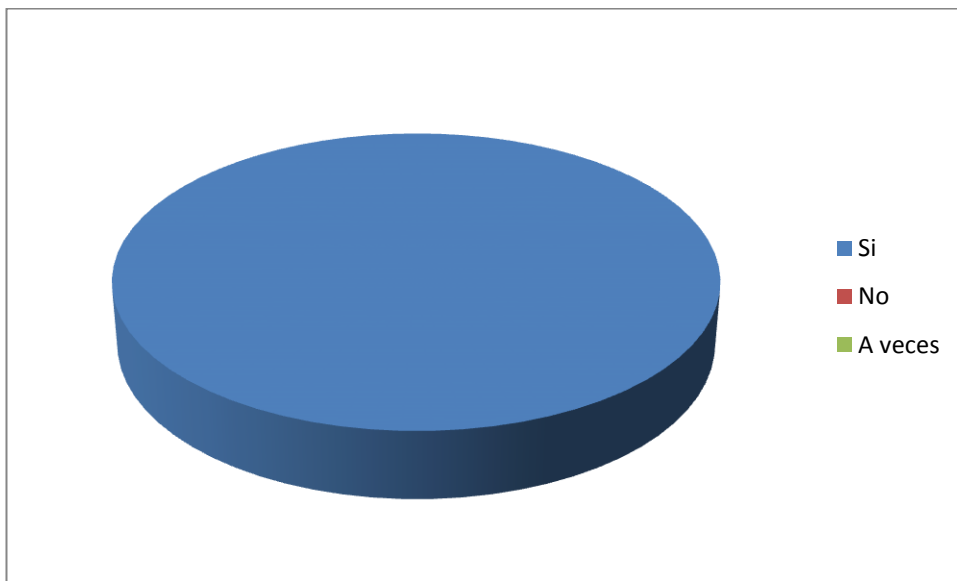
### Interpretación

No todos los internos presentan depresión, tienen problemas de salud



3).-¿La salud de los internos se ha complicado por la depresión?

Respuesta	#	%
Si	212	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	212	100



### **Análisis**

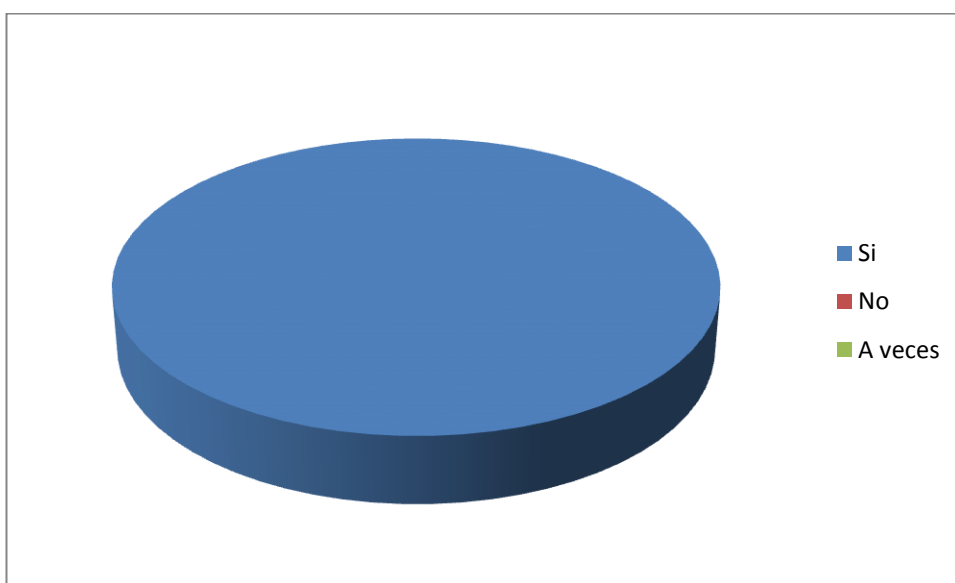
De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que la salud de los internos se ha complicado debido a la depresión

### **Interpretación**

La salud de los internos se ha complicado debido a la depresión

4).-¿Los internos con depresión presentan deteriorada autoestima?

Respuesta	#	%
Si	212	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	212	100



### **Análisis**

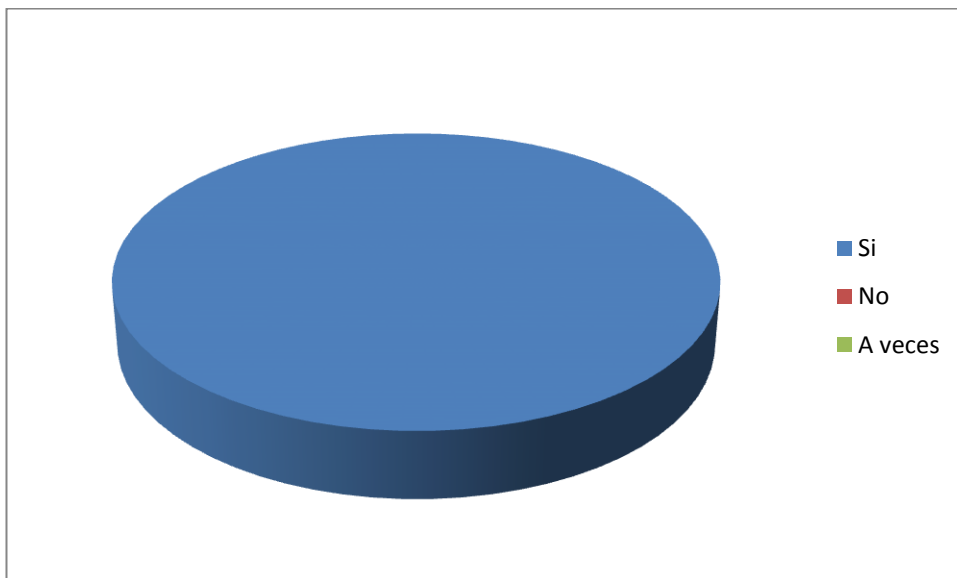
De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los internos con depresión presentan deteriorada autoestima

### **Interpretación**

Los internos con depresión presentan deteriorada autoestima

5).-¿Los internos con depresión presentan irritabilidad?

Respuesta	#	%
Si	212	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	212	100



### **Análisis**

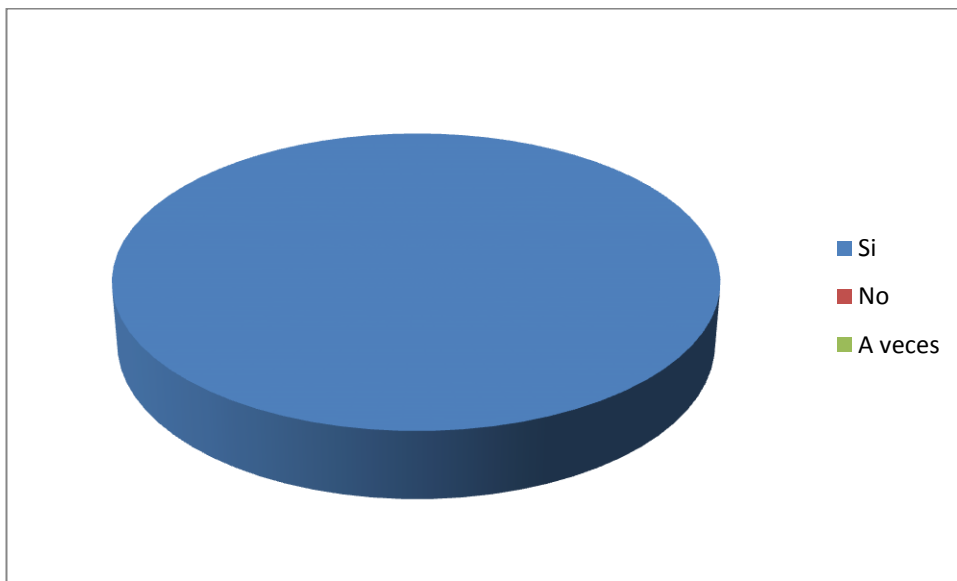
De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los internos con depresión presentan irritabilidad

### **Interpretación**

Los internos con depresión presentan irritabilidad

6).- ¿Los internos con depresión presentan conductas rebeldes?

Respuesta	#	%
Si	212	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	212	100



### **Análisis**

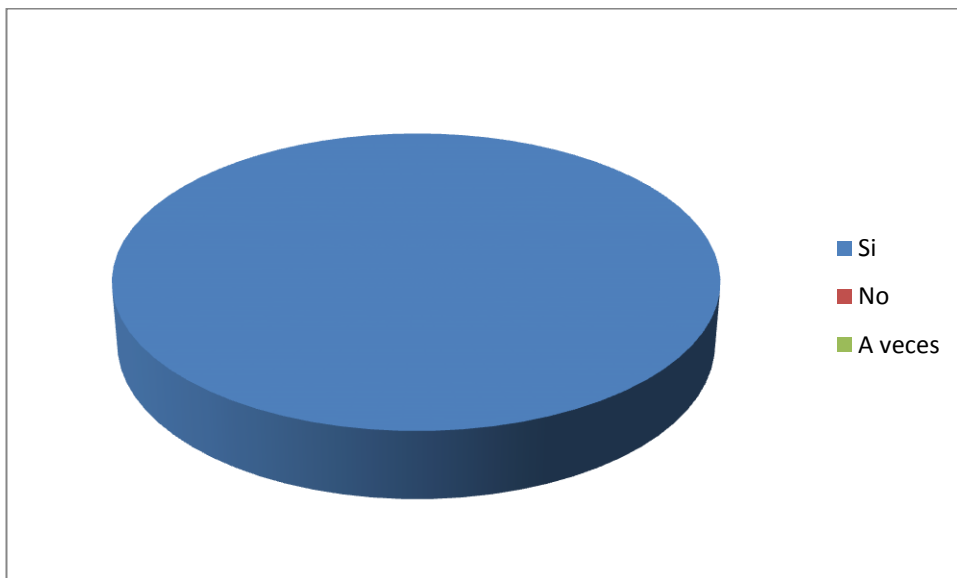
De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los internos con depresión presentan conductas rebeldes

### **Interpretación**

Los internos con depresión presentan conductas rebeldes

7).-¿Los internos con depresión presentan intolerancia?

Respuesta	#	%
Si	212	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	212	100



### **Análisis**

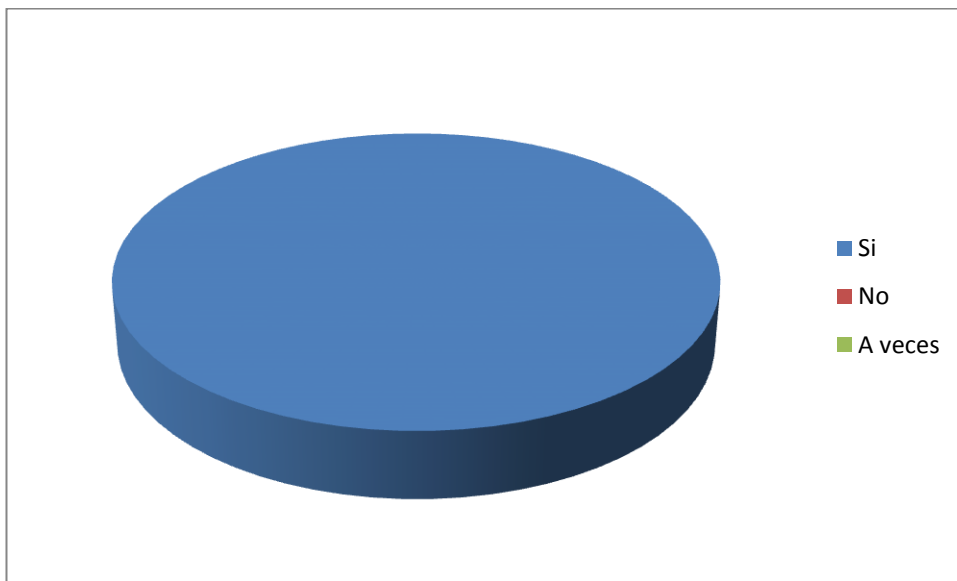
De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los internos con depresión presentan intolerancia

### **Interpretación**

Los internos con depresión presentan intolerancia

8).-¿Los internos con depresión presentan indefensión para enfrentarse a obstáculos?

<b>Respuesta</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Si	212	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	212	100



### **Análisis**

De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los internos con depresión presentan indefensión para enfrentarse a obstáculos

### **Interpretación**

Los internos con depresión presentan indefensión para enfrentarse a obstáculos

### **4.3. Comprobación de la hipótesis**

Una vez realizada la investigación se comprobó que: Si evitamos la depresión mejoraremos la salud de las internas del Centro de Rehabilitación Social de Quevedo

### **4.4. Conclusiones**

- No todos los internos presentan depresión
- No todos los internos presentan depresión, tienen problemas de salud
- La salud de los internos se ha complicado debido a la depresión
- Los internos con depresión presentan deteriorada autoestima
- Los internos con depresión presentan irritabilidad
- Los internos con depresión presentan conductas rebeldes
- Los internos con depresión presentan intolerancia
- Los internos con depresión presentan indefensión para enfrentarse a obstáculos

### **4.5. Recomendaciones**

- Las autoridades de los centros de rehabilitación deben detectar a tiempo los casos de depresión que se presentan en sus centros.

- Además se debe realizar programas específicos para tratar a los internos que presentan depresión



## **CAPÍTULO V**

### **5. PROPUESTA ALTERNATIVA**

#### **5.1. Título**

Programa de psicoterapia conductual emotiva dirigida a los internos del Centro de Rehabilitación Social de Quevedo

#### **5.2. Objetivos**

##### **5.2.1. Objetivo general**

Desarrollar un programa de psicoterapia conductual emotiva dirigida a los internos del Centro de Rehabilitación Social de Quevedo

##### **5.2.2. Objetivos específicos**

Determinar los casos de internos que presentan depresión

Seleccionar las actividades de acuerdo a las necesidades detectadas

Desarrollar el programa

## **CAPÍTULO VI**

### **6. MARCO ADMINISTRATIVO**

#### **6.1.- Recursos**

##### **Humanos**

Se utilizaron dos personas para realizar las encuestas.

Una persona para realizar los trabajos de tabulación

Un Director de tesis

Un Lector de tesis

##### **Materiales**

Un computador

Una oficina

Material Logístico

## 6.2.- Presupuesto

CONCEPTO	VALOR	VALOR/SUBTOT
	UNIT	
Una persona para realizar las encuestas y la tabulación	\$10 C/DIA	\$ 100.00
Un Director de Tesis		
Un Lector de Tesis	.	
Un computador	\$ 1 c/hora	\$ 50.00
Viáticos y subsistencia	\$ 5 c/día	\$ 100.00
Material Logístico	\$ 50	\$ 100.00
Elaboración de 40 encuestas	0.03 c/una	\$1,20
Elaboración de la tesis		\$ 100.00
TOTAL		\$ 451,20

### 6.3.- Cronograma

TIEMPO ACTIVIDADES	2 0 1 2																			
	A B R				M A Y				J U N				J U L							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Enunciado de Problema y Tema	X																			
Formulación del Problema		X	X																	
Planteamiento del Problema				X	X															
Formulación de Objetivos						X	X													
Marco teórico de la Investigación								X	X											
Hipótesis										X	X	X								
Variables y Operacionalización												X								
Metodología, Nivel y Tipo													X	X						
Aplicación de Encuestas															X					
Análisis de Resultados																X				
Conclusiones, Recomendaciones y Propuesta																	X			
Revisión Final del Tutor																		X		
Revisión Final del Lector																			X	
Sustentación Previa																				X
Sustentación Final																				X

## **Bibliografía**

*Tomado de: psicología.com - Revista Internacional On-line  
vol.7 nº 2 - Jul 2003*

*Rafael Portugal Fernández\*; Jesús Pérez Hornero\*\*; María del Carmen Iglesias García\*\*\*.*

*\* Especialista en Psicología clínica, Dirección General de Acción Social, Diputación Regional de Cantabria, España*

*\*\* Especialista en Psicología clínica, Unidad de Trastornos de la Alimentación, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, España*

*\*\*\* , Especialista en Psicología clínica, Dirección General de Acción Social, Diputación Regional de Cantabria, España*



3).-¿Los internos que presentan depresión, tienen problemas de salud?

Si                                      No                                      A veces

4).-¿La salud de los internos se ha complicado por la depresión?

Si                                      No                                      A veces

5).-¿Los internos con depresión presentan deteriorada autoestima?

Si                                      No                                      A veces

6).-¿Los internos con depresión presentan irritabilidad?

Si                                      No                                      A veces

7).-¿Los internos con depresión presentan conductas rebeldes?

Si                                      No                                      A veces

8).-¿Los internos con depresión presentan intolerancia?

Si                                      No                                      A veces

9).-¿Los internos con depresión presentan indefensión para enfrentarse a obstáculos?

Si                                      No                                      A veces





- |    |    |         |
|----|----|---------|
| Si | No | A veces |
|----|----|---------|
- 4).-¿La salud de los internos se ha complicado por la depresión?
- |    |    |         |
|----|----|---------|
| Si | No | A veces |
|----|----|---------|
- 5).-¿Los internos con depresión presentan deteriorada autoestima?
- |    |    |         |
|----|----|---------|
| Si | No | A veces |
|----|----|---------|
- 6).-¿Los internos con depresión presentan irritabilidad?
- |    |    |         |
|----|----|---------|
| Si | No | A veces |
|----|----|---------|
- 7).- ¿Los internos con depresión presentan conductas rebeldes?
- |    |    |         |
|----|----|---------|
| Si | No | A veces |
|----|----|---------|
- 8).-¿Los internos con depresión presentan intolerancia?
- |    |    |         |
|----|----|---------|
| Si | No | A veces |
|----|----|---------|
- 9).-¿Los internos con depresión presentan indefensión para enfrentarse a obstáculos?
- |    |    |         |
|----|----|---------|
| Si | No | A veces |
|----|----|---------|



