



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

EXTENSIÓN QUEVEDO

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

TEMA:

DEPRESIÓN CLÍNICA Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, EN LA CIUDAD DE QUEVEDO, PROVINCIA DE LOS RÍOS.

AUTORA

VANESSA KATHERINE CONSTANTE REYES

TUTOR

LCDO. ELISEO TORO TOLOZA, MSC.

LECTOR

Dra. CONSUELO ABRIL VALLEJO

QUEVEDO / LOS RÍOS / ECUADOR

2015

DEDICATORIA

En primer lugar dedico esta Tesis a Dios que es el creador de todas las cosas.

A mis padres, quienes con todo su amor y sacrificio me han apoyado durante toda mi preparación.

A mis hermanas quienes han estado presente para ayudarme en cualquier situación.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme dado la oportunidad de prepararme y guiarme siempre por el buen camino.

Agradezco a mi familia, que son el pilar fundamental de mi vida.

A mis Docentes quienes durante mis años preparación compartieron sabiamente todos sus conocimientos conmigo.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
EXTENSIÓN QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Yo, Constante Reyes Vanessa Katherine, portadora de la cédula de ciudadanía # 120594763-1, egresada en la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación, especialización Psicología Clínica.

Declaro que soy el autor del presente trabajo de grado, cuyo tema es:

“DEPRESIÓN CLÍNICA Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, EN LA CIUDAD DE QUEVEDO, PROVINCIA DE LOS RÍOS”.

El mismo que es original, auténtico y personal.

Todos los aspectos académicos y legales que se desprendan del presente trabajo son responsabilidad exclusiva de la autora.

Egresada: Constante Reyes Vanessa Katherine



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
EXTENSIÓN QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

Yo, **CONSTANTE REYES VANESSA KATHERINE**, autora del trabajo de grado titulado:

“DEPRESIÓN CLÍNICA Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, EN LA CIUDAD DE QUEVEDO, PROVINCIA DE LOS RÍOS, AÑO 2015”.

Autorizo a la Universidad Técnica de Babahoyo, Extensión de Quevedo a:

Publicar el trabajo de grado en el repositorio que lo requiere, tanto en su versión digital impresa, dejando expresa su voluntad que renuncio a recibir emolumento alguno por su publicación.

Srta. CONSTANTE REYES VANESSA KATHERINE
C.I. 120594763-1



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
EXTENSIÓN QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA

**CERTIFICACIÓN FINAL DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO
DE GRADO PREVIA A LA SUSTENTACIÓN**

En mi calidad de director del trabajo de grado, designado por el consejo directivo, certifico que la Srta. Constante Reyes Vanessa Katherine, ha desarrollado el trabajo de grado titulado.

“DEPRESIÓN CLÍNICA Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, EN LA CIUDAD DE QUEVEDO, PROVINCIA DE LOS RÍOS, AÑO 2015”.

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo al mencionado estudiante, reproduzca el documento definitivo, presente a las autoridades de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se procederá a su exposición, ante el tribunal de sustentación designado.

Lcdo. Eliseo Toro Toloza, Msc.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
EXTENSIÓN QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA

**CERTIFICACIÓN FINAL DE APROBACIÓN DEL LECTOR DEL TRABAJO
DE GRADO PREVIA A LA SUSTENTACIÓN**

En mi calidad de Lector del trabajo de grado, designado por el consejo directivo, certifico haber revisado y aprobado, la parte gramatical, de redacción, aplicación correcta de las normas A.P.A y el formato impreso, del trabajo de grado de la Srta. Constante Reyes Vanessa Katherine, cuyo título es.

“DEPRESIÓN CLÍNICA Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, EN LA CIUDAD DE QUEVEDO, PROVINCIA DE LOS RÍOS, AÑO 2015”.

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo al mencionado estudiante, reproduzca el documento definitivo, presente a las autoridades de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se procederá a su exposición, ante el tribunal de sustentación designado.

Dra. Consuelo Abril, Msc

Contenido

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
RESUMEN EJECUTIVO.....	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I	9
1. TEMA.....	10
2. MARCO CONTEXTUAL	11
3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	13
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
4.1. Problema general o básico.....	15
4.2. Sub-problemas o derivados	15
CAPÍTULO II	16
5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	17
6. JUSTIFICACIÓN.....	18
7. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
7.1. Objetivo general	19
7.2. Objetivos específicos.....	19
8. MARCO TEÓRICO	20
8.1. Marco conceptual	20
8.1.1. Depresión	20
8.1.2. Clínica	20
8.1.3. Depresión clínica	21
8.1.4. Incidencia.....	22
8.1.5. Trastorno.....	23
8.1.6. Sintomatología.....	23
8.1.7. Paciente	24
8.1.8. Ingreso	24
8.1.9. Hospital.....	25
8.1.10. Ingreso Hospitalario.....	25

8.2.	Marco referencial sobre la problemática de la investigación	26
8.2.1.	Depresión Clínica	26
8.2.2.	Paciente	31
8.2.3.	Depresión clínica en el paciente	34
8.3.	Postura Teórica	39
9.	HIPÓTESIS	41
9.1.	Hipótesis general o básica	41
9.2.	Sub-hipótesis o derivadas	41
CAPÍTULO III		42
10.	RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN	43
10.1.	Pruebas estadísticas aplicadas en la verificación de las hipótesis	43
10.2.	Análisis e interpretación de datos	43

INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS

Cuadro #1.....	43
Gráfico #1.....	43
Cuadro #2.....	44
Gráfico #2.....	44
Cuadro #3.....	45
Gráfico #3.....	45
Cuadro #4.....	46
Gráfico #4.....	46
Cuadro #5.....	47
Gráfico #5.....	47
Cuadro #6.....	48
Gráfico #6.....	48
Cuadro #7.....	49
Gráfico #7.....	49
Cuadro #8.....	50
Gráfico #8.....	50
Cuadro #9.....	51
Gráfico #9.....	51
Cuadro #10.....	52
Gráfico #10.....	52
Cuadro #11.....	53
Gráfico #11.....	53
Cuadro #12.....	54
Gráfico #12.....	54
Cuadro #13.....	55
Gráfico #13.....	55
Cuadro #14.....	56
Gráfico #14.....	56
Cuadro #15.....	57
Gráfico #15.....	57

10.3. Conclusiones y recomendaciones generales y específicas acerca de los resultados de la investigación.....	58
10.3.1. Conclusiones.....	58
10.3.2. Recomendaciones.....	59
MATERIAL DE REFERENCIA	60
Referencias Bibliográficas	60
Glosario	63
Anexo 1 Cuestionario de preguntas para los pacientes ingresados.....	65
Anexo 2 Cuestionario de preguntas para el equipo de trabajo.....	65
Anexo 3 Test de Zung Depresión	66
Anexo 4 Test de Depresion Mayor	70
Anexo 5 Fotografías	71

RESUMEN EJECUTIVO

La depresión clínica es una enfermedad mental que describe la presencia de un trastorno en los estados de ánimo, provocando en la persona sentimientos de angustia, tristeza, baja estima, ira o frustración y en algunos casos ideas suicidas que permanecen en la persona durante un tiempo corto o bastante prolongado, causando malestar a quien lo padece. Entre sus síntomas principales están: agitación, dificultad para conciliar el sueño, fatiga, sentimientos de culpa y desesperanza, cansancio excesivo sin causa alguna y aislamiento hacia la familia y la sociedad.

La Organización mundial de la salud indica, que la depresión clínica se ha convertido en un problema de salud pública debido a su alto índice de prevalencia, y se calcula que para el 2020 se convertirá en la primera causa de discapacidad en todo el mundo en caso de no tomar las medidas necesarias para prevenir o tratar este trastorno. La persona depresiva tiene pensamientos claves con respecto al mundo; al pensar que le pone obstáculos. Hacia los demás; pensando que la sociedad lo agrede y hacia sí mismo conservando la idea de que es un bueno para nada, de manera que haga lo que haga siente que la condena emocional para el futuro está hecha.

En el presente trabajo se detalla más adelante información sobre el trastorno depresivo clínico, que servirá como guía de orientación para los interesados en este tema, especialmente para los pacientes que se encuentran ingresados en el área de medicina interna del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

ABSTRACT

Clinical depression is a mental illness that describes the presence of a disorder of mood, the person causing feelings of anxiety, sadness, low self-esteem, anger or frustration and in some cases suicidal thoughts that remain in the person for a while short or very long, causing discomfort to the sufferer. Among its main symptoms they include agitation, difficulty sleeping, fatigue, feelings of guilt and hopelessness, exhaustion without cause and isolation towards the family and society.

The World Health Organization indicates that clinical depression has become a public health problem because of its high prevalence rate, and it is estimated that by 2020 will become the leading cause of disability worldwide if not take steps to prevent or treat the disorder measures. The depressed person has key thoughts about the world; thinking that puts obstacles. For others; thinking that society and himself assaulted preserving the idea that it is good for nothing, so whatever you do feel that emotional conviction for the future is made.

In this paper later about the clinical depressive disorder, which will serve as guide for those interested in this topic, especially for patients who are admitted in the area of internal medicine at Sacred Heart Hospital of Jesus is detailed.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define a la depresión clínica como un trastorno del estado de ánimo, que en ocasiones puede ser temporal y en otras permanente, causando a quien posee este trastorno sentimientos de culpabilidad, desesperanza, estados de profundo vacío, pensamientos suicidas y en sus características físicas presenta pérdida de energía y de interés por las actividades favoritas, agotamiento, torpeza, intranquilidad entre otras.

La depresión afecta a más de trecientos cincuenta millones de personas en todo el mundo, con mayor incidencia en mujeres y personas menores de 45 años, causando gran sufrimiento a quien lo padece y arriesgando las situaciones de estabilidad personal, familiar, laboral y social, debido a que durante la depresión los ánimos descienden de tal manera que todas las áreas de la vida se encuentran afectadas.

En nuestro medio, los niveles de incidencia de este trastorno, se extienden de forma alarmante, y aunque existen tratamientos eficaces para hacer frente a este problema, más de la mitad de los afectados no logra recibir estos tratamientos, muchos por no aceptar la situación que están pasando y se niegan a recibir ayuda, y otros por miedo a no ser comprendidos y ser ignorados por una sociedad en la que se cree no compartir los mismos ideales. La depresión es una de las principales enfermedades mentales que existe en el país, se considera que el índice de prevalencia de este trastorno se produce después de haber experimentado por un tiempo estados de profunda tristeza, que en la mayoría de los casos son provocados por: duelos, secuelas de maltrato y violencia, y al no buscar ayuda necesaria a tiempo, pueden desembocar en una depresión.

En la ciudad de Quevedo, en el Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, acuden pacientes al servicio de medicina interna con casos de depresión, los cuales son intervenidos por los profesionales competentes a este tipo de problemas (Psicólogos) y en las entrevistas que se realizan para tratar a los pacientes, los profesionales han llegado a la conclusión de que muchos de sus atendidos se encuentran desinformados y lo poco que conocen es distorsionado por terceras personas.

Es por esto que se realizó la investigación con los pacientes que presentan episodios depresivos y son atendidos en el área de medicina interna. Para orientar y reforzar por medio de programas de Psicoeducación conocimientos en los cuales ellos logren conocer herramientas psicológicas necesarias para aplicar en su vida y con la ayuda del profesional que está a cargo puedan mejorar progresivamente en su problema.

CAPÍTULO I

1. TEMA

DEPRESIÓN CLÍNICA Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, EN LA CIUDAD DE QUEVEDO, PROVINCIA DE LOS RÍOS, AÑO 2015.

2. MARCO CONTEXTUAL

El hospital Sagrado Corazón de Jesús ubicado en la ciudad de Quevedo, Provincia de Los Ríos, tiene su origen en el año de 1960, Cuando la religiosa de nacionalidad española Madre María Feliza Barandearán, Directora de la Escuela Nuestra Señora de Fátima, reúne a un grupo de distinguidas damas, y conforman la Junta Parroquial de la Caridad. La principal finalidad de esta Junta, fue ayudar a los enfermos de tuberculosis, que en esa época prevalecía en la población.

En la actualidad este centro de salud vela por cuidar la integridad de las personas que sufren diferentes patologías, receptando atención médica para todos los servicios de salud que ofrece la institución. El conjunto de gestión hospitalaria con la que cuenta el hospital son: área de recursos humanos, gestión económica y financiera, gestión de pacientes y producción hospitalaria.

Existe también un departamento o servicio de psicología clínica que brinda atención, asesoría, valoración, diagnóstico y tratamiento de los distintos problemas y trastornos psicológicos a los usuarios en general, con la finalidad de velar por la estabilidad emocional de los pacientes para mejorar su calidad de vida.

Tomando en cuenta la información anterior se realizó la presente investigación sobre el trastorno depresivo clínico, con los pacientes que se encuentran ingresados en el área de medicina interna, especialmente los que presenten o hayan presentado episodios depresivos a lo largo de su vida, pues se ha comprobado que la depresión clínica, tiene un diagnóstico psiquiátrico que especifica una alteración en los estados de ánimo, causando un profundo decaimiento en el área emocional y física del paciente,

provocando pérdida de interés por las actividades que anteriormente eran placenteras para él, y causando un cansancio exagerado aunque no haya esfuerzo alguno.

Se realizaron programas de Psicoeducación y técnicas psicológicas que ayuden al paciente a mejorar sus condiciones de vida, no dejando de tomar en cuenta que la evolución del paciente depende en forma principal de la guía del profesional que se encuentre a cargo del problema.

La información que se dio a conocer a los pacientes fue la siguiente:

- Emoción: Tristeza y depresión
- Desarrollar pensamientos racionales
- Técnicas de solución de problemas

3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La depresión es un trastorno de la afectividad con diagnóstico psiquiátrico, que afecta a millones de personas en todo el mundo con una tendencia mayor que las enfermedades neurológicas o cardiovasculares. Este trastorno produce estados de profunda tristeza y desesperanza, acompañados también de síntomas físicos como: pérdida de peso, insomnio, arritmias cardíacas y otros síntomas que causan malestar en el área biopsicosocial de la persona. Según La Organización Mundial de la Salud en el año 2020 la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo, siguiendo a las enfermedades como accidentes cerebrovasculares, insuficiencia coronaria e infartos.

En nuestro país los medios de comunicación informan a diario la cantidad de personas víctimas de la depresión, que atentan hacia sus propias vidas tomando este acto como una salida para todos sus problemas. Se ha llegado a la conclusión que este trastorno sucede, después que la persona ha experimentado un evento negativo que genere un profundo malestar emocional por lo menos durante un periodo de 6 meses.

Después del evento catastrófico empieza la etapa llamada denegación, que es donde la persona no cree o no acepta la situación que ha pasado y se encierra a un conjunto de ideas irracionales para no ver la realidad, en la segunda etapa inicia un disgusto por lo sucedido y en la tercera, la persona ya posee en gran cantidad la tristeza al ir asimilando su situación actual, y es así como va pasando el tiempo y al no ser tratados estos malestares pueden desembocar en una depresión.

En el Hospital “Sagrado Corazón de Jesús” en el área de medicina interna existen pacientes con diagnóstico depresivo, a los que se dio a conocer la

información necesaria sobre este trastorno que ocasiona cambios en la vida de los pacientes. Las herramientas de afrontamiento que se dieron a conocer fueron las siguientes:

Emoción: Tristeza y depresión, que consiste en dar a conocer la diferencia que existe entre ambos malestares emocionales y que a pesar de todo al presentar características de una de ellas se puede llegar a la otra, otro de los temas que se pretende tratar es desarrollar pensamientos racionales, el cual busca hacer más racional las ideas de la persona, y por ultimo técnicas de solución de problemas que sirven para afrontar sanamente las debilidades de la persona.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1. Problema general o básico

¿De qué manera incide la depresión clínica en la salud de los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, de la ciudad de Quevedo Provincia de los Ríos año 2015?

4.2. Sub-problemas o derivados

- ❖ ¿Qué sintomatología presentan los pacientes con diagnóstico depresivo en el área de medicina interna?
- ❖ ¿Cómo Identificar los casos extremos de la depresión crónica en los pacientes de medicina interna del hospital “Sagrado Corazón de Jesús”?
- ❖ ¿Cuáles son las herramientas de afrontamiento que pueden utilizar los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo clínico?

CAPÍTULO II

5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El área específica de la presente investigación es la siguiente:

Área: Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”.

Campo: Pacientes ingresados en el área de medicina interna.

Tema: Depresión clínica y su incidencia en la salud de los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna del hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, en la ciudad de Quevedo, provincia de Los Ríos año 2015.

Problema: ¿De qué manera incide la depresión clínica en la salud de los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, de la ciudad de Quevedo Provincia de los Ríos año 2015?

Delimitación Temporal: Septiembre a Diciembre del Año 2015

6. JUSTIFICACIÓN

La depresión es un trastorno de la afectividad, que inicia cuando el estado de ánimo de la persona se encuentra severamente afectado por sentimientos de tristeza que duran por lo menos un periodo de seis meses, en donde se intensifican malestares como sentimientos de culpabilidad, angustia, baja autoestima, frecuentes cambios de humor, trastornos del sueño, comportamiento obsesivo e incluso tendencia al suicidio. Todos estos cambios que interfieren en la vida del individuo pueden llegar a convertirse en crónicos o recurrentes al no ser intervenidos a su debido tiempo, pues aunque muchas personas conocen la gravedad de este trastorno, no hacen nada por cuidar su integridad y salud emocional.

En nuestro medio se conoce que las causas más comunes de la depresión se generan por: el desempleo, padecimiento de alguna enfermedad crónica, abuso emocional, abuso sexual, y también es ocasionado por duelos sean estos por la pérdida de algún ser querido o por una ruptura amorosa. Estos factores, indican el porcentaje elevado de incidencia de este trastorno y es aquí donde a muchas personas les cuesta aceptar que cuando presentan alguna alteración que no tenga que ver con lo físico sino con lo mental, es una enfermedad y tienen que buscar la ayuda necesaria.

Es por esto que se pretende realizar la investigación con los pacientes del área de medicina interna del hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, especialmente con los que presentan características depresivas. Para brindar la información necesaria al paciente respecto al diagnóstico médico y contribuir con el proceso de aceptación en caso de una posible intervención.

7. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Objetivo general

Determinar la incidencia de la depresión clínica en la salud de los pacientes ingresados en el área de medicina interna en el Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”.

7.1. Objetivos específicos

- ❖ Analizar la sintomatología que presentan los pacientes con diagnóstico depresivo en el área de medicina interna.

- ❖ Identificar los casos extremos de depresión crónica que existen en los pacientes de medicina interna del hospital “Sagrado Corazón de Jesús”.

- ❖ Desarrollar un programa de Psicoeducación, para mostrar herramientas de afrontamiento a los pacientes del área de medicina interna del hospital “Sagrado Corazón de Jesús”.

8. MARCO TEÓRICO

8.1 Marco Conceptual

8.1.1. Depresión

El término latín depressio, que significa abatido por presión, es aplicado para definir un estado mental y emocional de abatimiento e infelicidad prolongado, disparado por presiones de la vida, que puede ser transitorio o permanente (Vivas, 2009).

Hay diferentes grados de depresión y pueden producir diversas reacciones, dependiendo de quién pase por ese estado. Hay personas más propensas a sufrir esta enfermedad, debido a algunas alteraciones de la química cerebral, y puede convertirse en un estado bioquímico crónico, que con el tiempo produce un desgaste general de la salud de quien la padece. La depresión altera las emociones y con ello las percepciones, es decir, deforma la manera de ver las cosas. Si alguien deprimido mira hacia arriba, una colina le parecerá una montaña y si mira hacia abajo, un valle le parecerá un abismo (Vivas, 2009).

8.1.2. Clínica

Establecimiento sanitario, generalmente privado, donde se diagnostica y trata la enfermedad de un paciente, que puede estar ingresado o ser atendido en forma ambulatoria (Real Academia Española, 2014).

Una clínica médica es un hospital o una escuela de medicina que se dedica a la atención y el tratamiento de pacientes ambulatorios. Algunas clínicas están atendidas por varios médicos especialistas que trabajan juntos y comparten

las mismas instalaciones. Muchas clínicas de las comunidades son satélites de los grandes hospitales. Mientras que los hospitales tratan las enfermedades más graves y llevan a cabo las cirugías que requieren de pernoctaciones, las clínicas pueden centrarse más en la comunidad en la que se establecen (Kennedy, 2012).

Debido a que las clínicas se centran en la atención ambulatoria, difieren de los hospitales que requieren grandes cantidades de espacio para el cuidado hospitalario. Esto permite que las consultas externas tengan espacio para más instalaciones. Las clínicas pueden mejorarse y ampliarse, para generar más servicios. Tener un diseño modular y sistemas fáciles e intercambiables permite a las clínicas permanecer eficiente y soportar cambios, mientras que brindan un servicio a la comunidad (Kennedy, 2012).

8.1.3. Depresión Clínica

La depresión clínica hace referencia a cualquier depresión que cumple los criterios específicos y clínicos descritos en los manuales de medicina. Lejos de ser algo inventado o “que tiene dentro de la cabeza”, la depresión clínica es un problema que afecta a todo el cuerpo y que tiene también efectos bioquímicos y emocionales. Con síntomas como la tristeza, el llanto, la fatiga, los trastornos de apetito, la reducción del deseo sexual, la preocupación, el miedo, dificultades para concentrarse y sentimientos de desesperanza, está claro que la depresión clínica puede ser un grave problema si no se trata adecuadamente. Aun así, pese a que puede ser muy devastadora, la depresión clínica muchas veces se deja sin tratar (Luciani, 2010).

La depresión clínica, también conocida como la depresión mayor y la depresión unipolar, es un trastorno mental grave que afecta a 121 millones de personas en todo el mundo en un año determinado, según la Organización Mundial de la Salud. Los que se ven afectados por la depresión

clínica experimentan un estado de ánimo significativamente alterado que afecta a todos los aspectos de su vida (NOTICIAS, 2015).

La depresión clínica es un trastorno psicológico que afecta a hombres y mujeres, niños, niñas, adolescentes y ancianos. Las personas que sufren de angustia y depresión experimentan discapacidad que no es un aspecto de la experiencia vital de una persona normal. Las personas que están clínicamente deprimidas pierden interés en sus actividades diarias, los pasatiempos y las relaciones, lo que puede resultar en la pérdida de su vida habitual. Las personas que están deprimidas a menudo se sienten sin esperanza y sin valor, y pueden luchar con sentimientos de culpa injustificados y la autocrítica. Puede ser difícil para la persona deprimida pensar o concentrarse, ya menudo se consume con pensamientos de muerte, lo que puede resultar en suicidio (NOTICIAS, 2015).

8.1.4 Incidencia

La epidemiología es el número de casos nuevos de una enfermedad, muerte, lesión, síntoma que aparece en una determinada población dentro de un periodo temporal determinado. Incidencia es un proceso que facilita el involucramiento de la población en el conocimiento y análisis de su problemática, en la identificación de propuestas y en la capacidad de negociación o concertación para que estas propuestas sean consideradas por las autoridades, personas o instituciones capaces de tomar una decisión (Módulo de capacitación online, 2015).

La incidencia va a contabilizar el número de casos nuevos, de la enfermedad que estudiamos, que aparecen en un periodo de tiempo previamente determinado; podemos equipararla a una película que refleja el flujo del

estado de salud al de enfermedad en la población que estudiamos (Martí C. I., 2012).

8.1.5. Trastorno

Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción psicológica o biológica. Esta manifestación se considera síntoma cuando aparece asociada a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad (DSM-IV-TR, 2010).

8.1.6. Sintomatología

Conjunto de los síntomas de una enfermedad. Comprende manifestaciones clínicas que siente una persona, por lo que dependen de la percepción de cada persona (Enrique Álvarez, 2008).

Los signos y síntomas son el inicio de la investigación médica que nos lleva a entender el motivo de la consulta. Los síntomas son manifestaciones de una alteración orgánica o funcional que solo es capaz de apreciar el paciente, es un dato subjetivo. Son los trastornos que el paciente no puede percibir o le es difícil comprobar y a cuyo conocimiento llega sobre todo por medio interrogatorio (Almonte, 2010).

8.1.7. Paciente

En la medicina y en general en las ciencias de la salud, el paciente es alguien que sufre dolor o malestar (muchas enfermedades causan molestias diversas, y un gran número de pacientes también sufren dolor). En términos sociológicos y administrativos, paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención (Jurado, 2014).

El enfermo va a reaccionar a nivel afectivo-emocional ante la enfermedad, enfadándose, llorando, gritando, con ansiedad, etc. La tendencia reactiva de una persona con una enfermedad puede oscilar desde la verbalización o el silencio de su propias emociones y sensaciones, cumpliendo o no las indicaciones médicas, hasta la posibilidad de modificación de su estilo de vida. Se considera necesario y beneficioso que aprendan ciertas estrategias de afrontamiento y mecanismos de adaptación a la enfermedad, los cuales deben ser utilizados teniendo en consideración las diferentes etapas en el desarrollo de una enfermedad (Fernandez, 2009).

8.1.8. Ingreso

Es la admisión del paciente quien requiere los servicios del Hospital por diferentes situaciones de salud. Es responsabilidad compartida con la Oficina de Admisión, el personal administrativo y el personal médico. Puede darse a través del Servicio de Urgencias o por Consulta Externa (Diario Teupro Enfermería, 2009).

Cada centro de asistencia médica, clínica u hospital disponen de un área que se dedica especialmente al ingreso de los pacientes. Se la conoce popularmente como admisión y su meta es organizar, regular y monitorear

los ingresos de pacientes que ya están programados y que por ejemplo serán intervenidos quirúrgicamente, que se realizarán alguna práctica, entre otras acciones.

8.1.9. Hospital

La palabra hospital viene del latín hospes, "huésped" o "visita", pero también "hospedador". De hospes se derivó hospitalia, "casa para visitas foráneas". Posteriormente hospitalia se transformó en hospital para designar el lugar de auxilio a los ancianos y enfermos (Gutierrez, 2011).

Un hospital es un lugar físico en donde se atiende a los enfermos, para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. Existen diferentes tipos de hospitales, según el tipo de patologías que atienden: hospitales generales, hospitales de agudos, hospitales de crónicos, hospitales psiquiátricos, geriátricos, materno-infantiles, etc. Dentro de los hospitales también existen las diferentes ramas de medicina como son; los otorrinos, oftalmólogos, cardiólogos, odontólogos, neumólogos, urólogos, neurólogos, internistas, etc. que pertenecen a los hospitales generales. Dentro de los maternos están los ginecólogos, cirujanos, pediatras, etc (Gutierrez, 2011).

8.1.10. Ingreso Hospitalario

En un hospital existe un área específica donde se ingresa a los pacientes que requieren vigilancia para llevar un cierto seguimiento de su estado de salud por diversas circunstancias. Es el conjunto de actividades técnico administrativas que se realizan en un hospital, cuyo objetivo es ofrecerle atención de acuerdo con su necesidades o problemas mediante recursos adecuados y específicos (Martinez, 2013).

8.2. Marco referencial sobre la problemática de la investigación

8.2.1 Depresión Clínica

La depresión clínica, es una enfermedad grave y común que nos afecta física y mentalmente en nuestro modo de sentir y de pensar. La depresión nos puede provocar deseos de alejarnos de nuestra familia, amigos, trabajo, y escuela. Puede además causarnos ansiedad, pérdida del sueño, del apetito, y falta de interés o placer en realizar diferentes actividades. Casi todos nosotros hemos sentido alguna vez, una inmensa tristeza en nuestras vidas. Esto es normal. Pero si esta tristeza o actitud depresiva continúa por más de dos semanas, se debe buscar ayuda. Sentir tristeza es normal, estar deprimido clínicamente no lo es (Alexandria, 2010).

La depresión clínica no es simplemente una angustia, es también una tristeza o melancolía permanente. Nos lleva a sentir inútiles, sin esperanza; a veces, es posible que nos queramos dar por vencidos. La depresión clínica causa pérdida del placer en la vida diaria, tensión en el trabajo y en las relaciones, agrava condiciones médicas e incluso puede llevarle al suicidio (Alexandria, 2010).

Clínicamente, la depresión está considerada como una enfermedad o desorden emocional y mental de dos tipos principales; depresión endógena o hereditaria, y depresión reactiva o producida por diversos factores circunstanciales difíciles, ya sea repentinos o prolongados, que se presentan en la vida de la persona y la llevan al límite de su capacidad de resistir presión (Vivas, 2009).

Las preguntas más frecuentes formuladas por personas con depresión son ¿Por qué a mí? ¿Por qué ahora? Algunas veces existe una causa obvia que

ha provocado la depresión, como la pérdida de un ser querido, la pérdida de empleo o una enfermedad física, pero con frecuencia no hay una causa clara. Para complicar más las cosas, no todo el mundo que ha sufrido una pérdida de un ser querido o de un empleo tiene depresión. Algunas personas parecen tener más riesgo de sufrir una depresión que otras, pero en general, cualquiera de nosotros puede tener una depresión (Martí D. L., 2010).

La depresión es una enfermedad de los sentimientos. Va desde una acción exagerada a la tristeza normal, pasando por un sentimiento de vacío gris en el que aun puedes funcionar, hasta una depresión absoluta, falta de esperanza y postración. En la desesperación grave, incluso las funciones corporales se ven afectadas y las manifestaciones físicas pueden incluir una gran variedad de síntomas como palpitaciones, dolores de cabeza, mareos, etcétera (Trickett, 2009).

¿Es necesaria la depresión? En la ansiedad, la actividad del cuerpo y de la mente se acelera. En la depresión, se hace más lenta. A menudo, la depresión sigue a la ansiedad, nos fuerza a descansar; esta podría ser su función. Aunque esta ralentización puede ser útil, si prosigue durante demasiado tiempo es necesario hacer algo para remediarlo (Trickett, 2009).

Factores que nos hacen más susceptibles a la depresión.

- Genes
- Personalidad
- Familia
- Género
- Estilo de pensamiento
- Enfermedades crónicas
- Problemas económicos

Factores que pueden ocasionar una depresión.

- Estrés y sucesos vitales estresantes
- Presencia de una enfermedad física
- Administración de algunos fármacos

Existen también diferentes tipos de depresión entre ellos podemos mencionar a los siguientes:

- Trastorno depresivo mayor: Se caracteriza por una mezcla de síntomas que interrumpen con la capacidad para concentrarse, aprender, dormir, comer, y disfrutar de actividades que antes daban un grado de satisfacción a la persona (FIRST, DSM-IV-TR, 2010).
- Trastorno distímico: Es una depresión con menor intensidad y menos gravedad que las anteriores, presenta varios síntomas crónicos que no perturban tanto, pero si causa descontento en la persona (FIRST, DSM-IV-TR, 2010).
- Trastorno bipolar: En este trastorno se producen estados de ánimos cambiantes y muy dramáticos, en los que la persona puede cambiar rápidamente de la alegría a la tristeza, o de euforia al llanto. Este trastorno presenta fases de manía (Alegría) y de bajo ánimo (tristeza – melancolía o depresión) (FIRST, DSM-IV-TR, 2010).

La depresión se caracteriza por presentar los siguientes síntomas (FIRST, DSM-IV-TR, 2010):

- Bajo esta de ánimo que conllevan a la tristeza
- Presencia de la ansiedad
- Sentimientos de culpabilidad
- Sentimientos de inutilidad

- Falta de apetito o exceso de apetito
- Dificultad para conciliar el sueño
- Irritabilidad
- Pérdida de peso
- Cansancio frecuente, sin haber hecho esfuerzo alguno
- Ideas suicidas

El apoyo que recibe de parte de los familiares es muy importante, este apoyo emocional implica, comprensión, paciencia, afecto y estímulo. Las personas depresivas necesitan ser escuchadas con atención y hacerlas sentir importantes. También se sugiere que la familia sea participe de las entrevistas que el paciente tenga con el médico o profesional de la salud mental (Martí D. L., 2010).

- Consultar al medio más cercano.
- Aceptar que ha pasado algo en mi vida que ha provocado un cambio y prepararme para enfrentarlo.
- No luchar con mis ideas, al contrario dejar que fluyan.
- Preocupar mantenerse en total distracción o más sana posible.
- Regular con la ayuda del profesional encargado del problema, los hábitos alimenticios y del sueño.
- No culparse a sí mismo.
- NO asumir excesivas responsabilidades.

En los últimos años ha aumentado el número de personas con depresión. La vida estresante, el elevado porcentaje de divorcios y las largas e intensas jornadas laborales son algunos de los factores que posiblemente han contribuido a este número de la depresión (Martí D. L., 2010).

La depresión clínica suele ser una enfermedad crónica y recurrente. Causa falta de interés e incapacidad para concentrarse en el trabajo (Martí D. L., 2010).

Entre las terapias psicológicas más aceptadas en el tratamiento de la depresión están las cognitivas y las interpersonales. Las terapias cognitivo-conductuales se refieren a la modificación de la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro; pretenden encontrar los supuestos básicos distorsionados del paciente y luchar contra ellos, y eliminar los pensamientos automáticos que originan sentimientos y actitudes disfuncionales. Esta terapia -originada por Beck- es muy importante, pues ayuda al individuo a que logre controlar los procesos depresivos antes de que se presenten. Logrando la flexibilización de los esquemas cognitivos, pensamientos automáticos y visión negativa de las tres esferas, se logra un avance terapéutico significativo (Pineda, 2013).

La terapia interpersonal, apunta a que en las depresiones se debe relacionar el estado anímico con la situación de vida. Se fundamenta en que los sucesos dolorosos afectan el estado de ánimo o viceversa, aunque no pretende ser una explicación de tipo causal. El terapeuta debe relacionar el cuadro depresivo en cuatro áreas interpersonales importantes: 1) El duelo. 2) El papel del paciente frente a familia y amistades cercanas. 3) Transacciones personales y laborales. 4) Déficit interpersonal. Tomando en cuenta esto, las sesiones deben centrarse en los estados anímicos recientes y la relación entre los últimos acontecimientos (Pineda, 2013).

Esta terapia usa técnicas que clasifican los estados afectivos positivos y negativos; identifica los modelos relacionales pasados, y métodos para que el paciente ponga a prueba, entre varias alternativas (Pineda, 2013).

8.2.2 PACIENTE

Se denomina paciente a la persona o personas que necesitan ser atendidas por presentar algún tipo de malestar o dolencia. Del latín patior, páteris, passus sum, que significa padecer, hemos obtenido el término sanitario de paciente. Un paciente, además de ser lo que dicen que es los usuarios de la palabra, es lo que dice la propia palabra. La de paciente, respecto a la de enfermo es una palabra más intensa. El que tiene una enfermedad, no siempre la padece, y sobre todo no siempre sufre. Y sin embargo, paciente es el que padece. Existe la expresión hecha "paciente en los dolores". Más aún. Si en algo ha cambiado profundamente la situación del enfermo respecto a la de hace medio siglo, es en que se ha reducido de manera espectacular su sufrimiento (Arnal, 2010).

Se le está ganando la batalla al dolor. Si antaño se consideró condición normal del enfermo su sufrimiento, hoy se considera ésta una situación irregular y transitoria. Incluso en los enfermos terminales se considera que la eliminación del sufrimiento es la terapia más importante aunque como efecto secundario de ésta se acelere el proceso terminal (Arnal, 2010).

Ha querido el léxico que la palabra paciencia sea polisémica, aunque todos los valores tengan como nexo común el verbo padecer. Y ha sido decisión del destino que en la medida en que dejamos de ser pacientes en cuanto a padecedores, es decir en la medida en que la medicina es más sofisticada y eficaz, y nos reduce dolores y padecimientos, en esa misma medida nos obligue a esperar más; de manera que el paciente es ahora aquel que se tiene que armar de paciencia para poder acceder a la gran medicina (Arnal, 2010).

El que padece porque espera. Y es sintomático que sean millones los "pacientes" que por dejar de serlo pagan además de los impuestos o deducciones en nómina (que tanto da), una mutualidad que les libere de los padecimientos en la medicina menor. Les gusta ir de clientes, ir con el cheque o con la visa de la mutua a pagar la visita al médico o a la clínica que hayan elegido. No les gusta ser pacientes soportando tiempo y tiempo el dolor o las molestias que les ocasiona la enfermedad hasta que les toque el turno; ni están dispuestos a esperar, es decir que se dejan llevar además por la impaciencia (Arnal, 2010).

La seguridad del paciente viene definida por la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidas como consecuencia de la atención recibida. La seguridad del paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, afectiva y eficiente (Plaza, 2012).

Las investigaciones orientadas a mejorar la seguridad del paciente tienen por objeto encontrar soluciones que permitan mejorar la seguridad de la atención y prevenir posibles daños a los pacientes. Esto conlleva a un ciclo de investigación que comprende las siguientes facetas: 1) determinar la magnitud del daño y el número y tipos de eventos adversos que perjudican a los pacientes; 2) entender las causas fundamentales de los daños ocasionados a los pacientes; 3) encontrar soluciones para conseguir que la atención sanitaria sea más segura, y q 4) evaluar el impacto de las soluciones en situaciones de la vida real (Plaza, 2012).

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud (Fridman, 2012).

Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria (Fridman, 2012).

Derechos del paciente terminal:

- El paciente tiene derecho a mantener hasta el final de sus días la misma dignidad y autonomía a las que ha tenido derecho en la vida.
- El paciente tiene derecho a obtener información veraz, franca y completa acerca de su diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico.
- El paciente tiene derecho a ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores en su proceso de aproximación a la muerte, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen.
- El paciente tiene derecho a ser el eje principal de las decisiones que tomen en la etapa final de su vida.
- El paciente tiene derecho a que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente, ni se apliquen medidas externas y heroicas para sostener sus funciones vitales.
- El paciente tiene derecho a obtener alivio afectivo de su dolor y de sus síntomas, aun si los medicamentos o medidas requeridas para ello le redujeran el tiempo de vida restante.

- El paciente tiene derecho a que las necesidades y temores de sus seres queridos sean tenidos en cuenta antes de después de su muerte (Adepaci - Asociación Civil Argentina en Defensa del Paciente, 2009).

8.2.3 Depresión Clínica en el paciente

La depresión mayor conocida también como depresión clínica, es una seria enfermedad cuyos síntomas incluyen humor deprimido, disminución en el nivel de energía y en el interés por la vida, molestias físicas, cambios en los patrones de alimentación y sueño, así como pensamientos y movimientos ya sean lentos o agitados. La depresión mayor no es una tristeza pasajera. Si no se obtiene tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años, sin embargo, un tratamiento adecuado puede ayudar a la mayoría de las personas que sufren de depresión (Actad).

La depresión mayor es una enfermedad seria que afecta aproximadamente el 5% de la población. La depresión mayor causa más casos de incapacidad en Estados Unidos que cualquier otra enfermedad. Comparado con el número de casos anuales de trastornos depresivos que se presentan en los hombres (3.2 millones), más del doble (6.7 millones) se presentan en mujeres (Actad).

A diferencia de los sentimientos normales y pasajeros de tristeza, pérdida y duelo, la depresión mayor continúa y causa en la persona serios problemas de pensamiento, comportamiento, estado anímico, actividades y salud. Con frecuencia, la depresión mayor comienza entre los 15 y 30 años de edad, pero también puede presentarse en niños y ancianos. Todas las personas, independientemente de su edad, grupo étnico o económico, pueden sufrir de depresión. Más de la mitad de las personas que sufren un

episodio de depresión seguirán teniendo episodios hasta una o dos veces al año si no reciben tratamiento. Sin éste, una persona con depresión puede llegar al suicidio (Actad).

En el paciente depresivo, el sentimiento de fatiga no es consecuencia de un esfuerzo intelectual o físico. Este síntoma se halla presente incluso en estado de reposo y es permanente. Algunos depresivos parecen experimentar una mejoría al final del día que puede confundir sobre la gravedad de su estado. Este síntoma es altamente inespecífico y si se presenta precozmente, sin otros síntomas que lo acompañen, debe realizarse el diagnóstico diferencial con otras enfermedades somáticas inductoras de fatiga (hipotiroidismo, cáncer, anemia, etc) (Enrique Álvarez, 2008).

Los pacientes depresivos experimentan una amplia gama de molestias físicas tales como cefaleas, molestias gastrointestinales, dolor persistente, etc., que de por sí son altamente inespecíficas. Rara vez estas molestias se presentan solas, sin estar acompañadas de otros síntomas de la esfera afectiva. Obviamente deben integrarse en un síndrome clínico conocido (tras exploraciones pertinentes), sea orgánico, psiquiátrico o comórbidos. Hay otros síntomas o indicadores que pueden o no acompañar a un trastorno del estado de ánimo. Estos indicadores, en ocasiones, son más fiables que la valoración (Sobre todo si esta es rápida) de un paciente sólo en función de los síntomas aparentes (Enrique Álvarez, 2008).

Aspectos clínicos de la depresión mayor

La sintomatología propia de este trastorno es la siguiente.

Afectividad. Tristeza profunda y persistente sin causa aparente. El individuo triste se siente desolado, desanimado y abatido. En el caso de niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser de irritabilidad. Sentimientos

inadecuados de inutilidad, culpa o pecado. Estos sentimientos se pueden presentar en forma de autoacusaciones más o menos moderadas hasta auténticos delirios (a menudo, ideas delirantes de culpa, de enfermedad o de ruina económica). Y con respecto al pensamiento, está marcado por baja autoestima, las cogniciones son de carácter pesimista sobre uno mismo y sobre el futuro: pensamientos de auto-culpación, de futuro desesperanzador. El paciente depresivo suele pensar en la muerte y en la posibilidad de matarse (Esparcia, 2009).

F30-39 Trastornos del humor (afectivos)

F32 Episodios depresivos

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos (FIRST, DSM-IV-TR: , 2010):

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son

particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas (FIRST, DSM-IV-TR, 2010).

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco (FIRST, DSM-IV-TR: , 2010).

Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas), pérdida marcada de apetito, pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes), pérdida marcada de la libido (FIRST, DSM-IV-TR: , 2010).

Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes (FIRST, DSM-IV-TR, 2010).

Incluye:

Episodios aislados de reacción depresiva.
Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).
Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).
Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

El objetivo terapéutico ideal frente a la depresión es la remisión completa de los síntomas, puesto que llevaría a la completa recuperación a nivel de funcionamiento psicosocial y del bienestar del paciente. La calidad de vida del paciente mejora radicalmente con el tratamiento, tanto si la depresión es leve como si es grave y afirma que la remisión completa se va consiguiendo poco a poco en la medida que vamos disponiendo de nuevos fármacos que son más eficaces y ocasionan menos efectos adversos (Rozados, 2015).

Otra de las conclusiones importantes a la que se ha llegado es la necesidad de mantener el tratamiento durante un tiempo prolongado, ya que en el segundo y tercer mes la mejoría del paciente sigue aumentando. La remisión completa se va consiguiendo en la medida que vamos disponiendo de nuevos fármacos más eficaces y con menos efectos adversos (Rozados, 2015).

Ello se debería a que remiten los síntomas y el paciente va ganando en confianza y seguridad, mejorando su calidad de vida. Los responsables del estudio resaltan este aspecto ya que, afirman, en la atención primaria se tiende a tratar la depresión durante poco tiempo y en ocasiones se suspende el tratamiento cuando desaparecen los síntomas iniciales. Hay que convencer tanto al médico como al paciente de que aunque haya mejorado notablemente en los primeros meses, puede mejorar aún más si mantiene el tratamiento durante más tiempo (Rozados, 2015).

8.3. Postura Teórica

La postura teórica del presente proyecto investigativo, se conserva con la opinión de Dr. Joseph Luciani, quien dice lo siguiente:

La depresión clínica es un problema que afecta a todo el cuerpo y que tiene también efectos bioquímicos y emocionales. Con síntomas como la tristeza, el llanto, la fatiga, los trastornos de apetito, la reducción del deseo sexual, la preocupación el miedo dificultades para concentrarse y sentimientos de desesperanza, está claro que la depresión clínica puede ser un grave problema si no se trata adecuadamente (Luciani, 2010).

Esta investigación conserva teoría de que la depresión clínica es uno de los problemas que está atentando no solo con la integridad de quienes padecen este trastorno, sino también con la estabilidad de las personas que se encuentran a su alrededor.

Científicamente se consideraba que la depresión clínica se producía al experimentar situaciones catastróficas que provoquen un malestar emocional en la vida del paciente, generando así tristeza y a medida que pasara el tiempo al no ser tratado desembocaría en depresión. Pero se ha comprobado también, que otro de los factores que provoca el desarrollo de este trastorno, es los antecedentes psicológicos familiares, más la suma de situaciones que generen malestar al paciente.

Existen varias filosofías para tratar la depresión, entre ellos el apoyo familiar, psicoterapéutico y la motivación que el paciente tenga para superar su problema, pero en la actualidad a medida que pasa el tiempo se conocen nuevas técnicas para trata o prevenir esta enfermedad.

En la actualidad, aún se conserva la idea de que la depresión clínica es un tema de voluntad, lo cual es una idea errónea porque cuando se habla de depresión se trata de un problema serio que debe ser intervenido inmediatamente, para no permitir que se intensifiquen sus características con el tiempo dando paso a una fuerte depresión que provoca un decaimiento total en las diferentes áreas de la persona que la padece.

Científicamente según Eva Redei, considera posible diagnosticar la depresión clínica mediante análisis de sangre, en el que la hipótesis central sería hallar nueve marcadores de ARN relacionados con la depresión, sin embargo no se comparte por completo esta información, debido a que siempre se ha considerado que la depresión clínica es un tema emocional.

9. HIPÓTESIS

9.1. Hipótesis general o básica

La depresión clínica incide en la salud de los pacientes ingresados en el área de medicina interna del hospital “Sagrado Corazón de Jesús”.

9.2. Sub-hipótesis o derivadas

- ❖ La sintomatología depresiva afecta a los pacientes del área de medicina interna.
- ❖ Los casos de depresión crónica influyen en el comportamiento de los pacientes del área de medicina interna del hospital “Sagrado Corazón de Jesús”.
- ❖ Las herramientas de afrontamiento contribuyen en los pacientes afectados, del área de medicina interna del hospital “Sagrado Corazón de Jesús”.

CAPÍTULO III

10. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN

10.1 Pruebas estadísticas aplicadas en la verificación de las hipótesis

10.2 Análisis e interpretación de datos

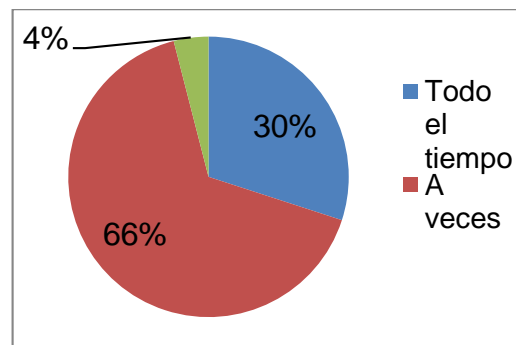
Cuestionario de preguntas dirigido a los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna del hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, de la ciudad de Quevedo.

1. ¿Se ha sentido deprimido o triste?

Cuadro #1

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Todo el tiempo	15	30%
A veces	33	66%
Nunca	2	4%
Total	50	100%

Gráfico #1



Fuente: Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”
Elaborado por: Vanessa Constante R.

Análisis: De los pacientes encuestado el 30% indicó que todo el tiempo se sienten tristes, mientras el 66% indicó que a veces, y el 4% restantes nunca.

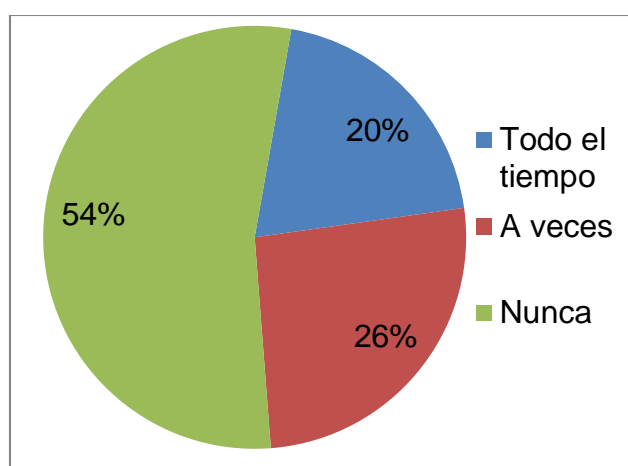
Interpretación: Las familias deben de involucrarse más y preocuparse por la salud de sus familiares para superar este alto índice; así mismo la institución debe brindar asesoría tanto a pacientes como cuidadores.

2. ¿Se ha sentido débil últimamente?

Cuadro #2

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Todo el tiempo	10	20%
A veces	13	26%
Nunca	27	54%
Total	50	100%

Gráfico #2



Fuente: Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"
Elaborado por: Vanessa Constante R.

Análisis: El 20% de los pacientes encuestados señaló que todo el tiempo se siente débil, el 26% dijo que este malestar se presenta a veces y el 54% comentó que casi nunca tienen este tipo de problemas.

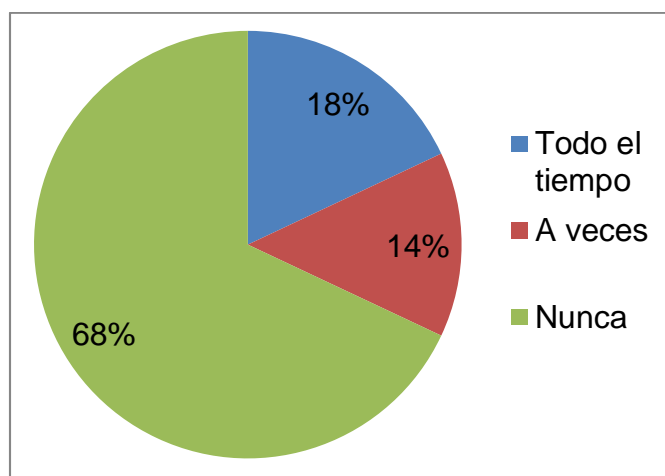
Interpretación: Muchas personas presentan diagnósticos médicos que provoca este malestar y otros aun no encuentra la razón de porque se sienten así; este malestar se presenta en ocasiones debido a enfermedades. Aunque existe un alto índice de que nunca existe este tipo de problemas.

3. ¿Ha sentido menos confianza en si mismo?

Cuadro #3

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Todo el tiempo	9	18%
A veces	7	14%
Nunca	34	68%
Total	50	100%

Gráfico #3



Fuente: Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"
Elaborado por: Vanessa Constante R.

Análisis: El 68% indicó que nunca, el 18% asumió que la mayor parte del tiempo y el 14% ocupando el menor porcentaje de encuestados indica que de vez en cuando sienten menos confianza en sí mismos.

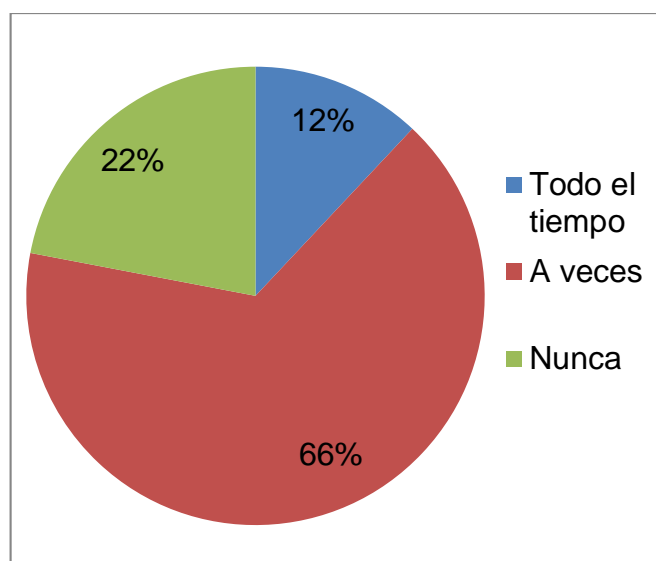
Análisis: Frecuentemente los pacientes diagnosticados con depresión clínica sienten menos confianza, esto depende mucho del estado emocional en el que se encuentren y por ende las relaciones intrafamiliares.

4. ¿Ha tenido Ud. Cargos de conciencia o sentimientos de culpa?

Cuadro #4

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Todo el tiempo	6	12%
A veces	33	66%
Nunca	11	22%
Total	50	100%

Gráfico #4



Fuente: Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"
Elaborado por: Vanessa Constante R.

Análisis: El 66% de los pacientes encuestados señala que a veces, mientras que el 22% mencionan que nunca, y el 12% indican que la mayor parte del tiempo presencian sentimientos de culpa sin causa alguna.

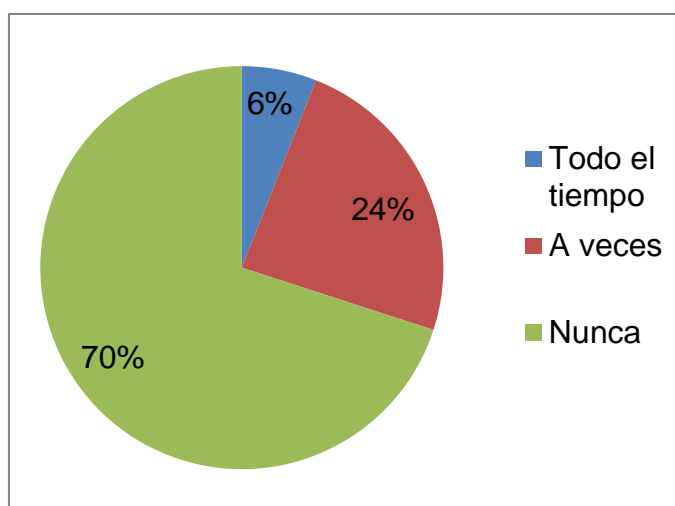
Interpretación: Una de las razones más comunes de tener sentimientos de culpa es cuando se comete algún error y no tienen opción a enmendarlo, Es por esta razón que se deben aplicar técnicas que examinen la situación que llevaron a la culpa y atribuirles correctamente.

5. ¿Ha sentido que la vida no merece la pena vivirla?

Cuadro #5

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Todo el tiempo	3	6%
A veces	12	24%
Nunca	35	70%
Total	50	100%

Gráfico #5



Fuente: Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"
Elaborado por: Vanessa Constante R.

Análisis: El 6% ocupando el porcentaje más bajo afirma que últimamente ha sentido que la vida no vale la pena, el 24% señala que a veces, mientras el 70% nunca ha compartido esta idea.

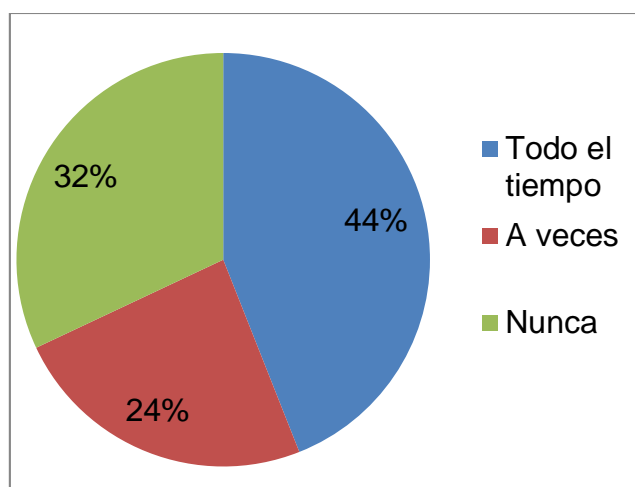
Análisis: Existe un bajo índice de pacientes que presentaban depresión clínica y sintieron que la vida no vale la pena, por lo cual es importante que el profesional identifique estos factores para poder brindar una asesoría adecuada oportunamente.

6. ¿Se siente nervioso?

Cuadro #6

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Todo el tiempo	22	44%
A veces	12	24%
Nunca	16	32%
Total	50	100%

Gráfico #6



Fuente: Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"
Elaborado por: Vanessa Constante R.

Análisis: De los pacientes encuestados el 44% que representa al mayor porcentaje indica que la mayor parte del tiempo se sienten nerviosos, el 32% señala que solo cuando tienen alguna preocupación y el 24% de los pacientes encuestados no experimentan estados de nerviosismo.

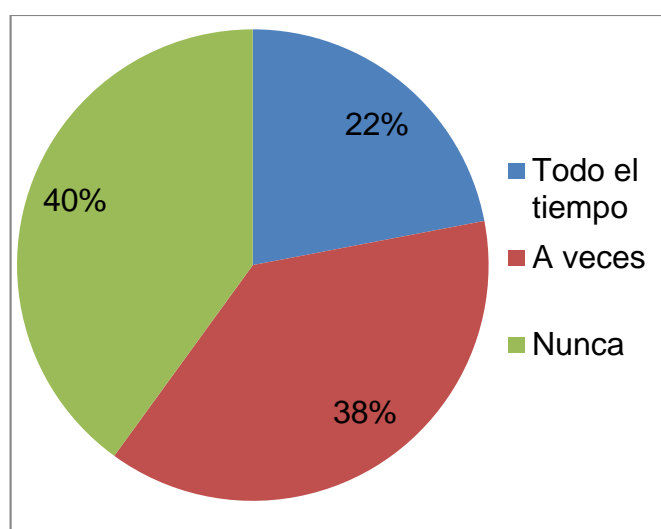
Interpretación: Un gran porcentaje indica que la mayor parte del tiempo se sienten nerviosos, por diversas situaciones que provocan ese estado, mientras que otros desconocen la causa del malestar y afirman de que es natural en ellos.

7. ¿Tiene problemas para conciliar el sueño?

Cuadro #7

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Todo el tiempo	11	22%
A veces	19	38%
Nunca	20	40%
Total	50	100%

Gráfico #7



Fuente: Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"
Elaborado por: Vanessa Constante R.

Análisis: El 22% de los encuestados indicaron padecer el problema, el 38% tiene dificultades al dormir cuanto tienen algún asunto pendiente y el 40% pueden conciliar el sueño con facilidad.

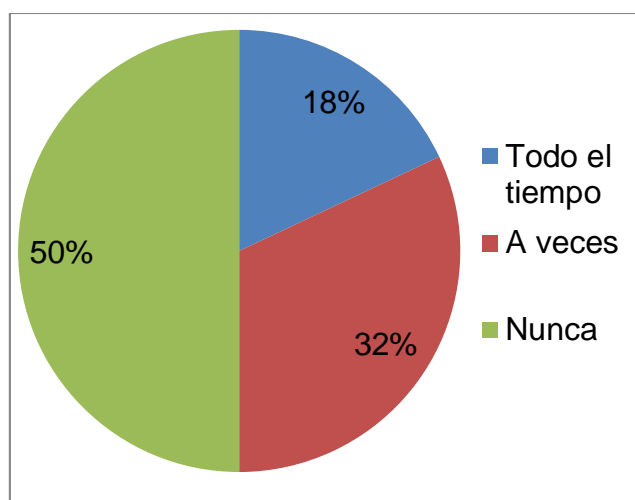
Interpretación: De manera general es alarmante el índice de pacientes que de alguna u otra forma no logran conciliar el sueño debido a preocupaciones de la vida cotidiana, en relación al grupo que no padece este diagnóstico

8. ¿Siente que ha perdido el apetito?

Cuadro #8

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Todo el tiempo	9	18%
A veces	16	32%
Nunca	25	50%
Total	50	100%

Gráfico #8



Fuente: Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"
Elaborado por: Vanessa Constante R.

Análisis: El rango con menor porcentaje 18% indican que si han perdido el apetito, el 32% de los pacientes solo en ocasiones, mientras el 50% nunca presentaron este inconveniente.

Interpretación: La mitad de los pacientes encuestados indican que han perdido el apetito o por lo menos en ciertas ocasiones, sin embargo hicieron un esfuerzo para poder alimentarse adecuadamente para poder mejorar el estado de salud.

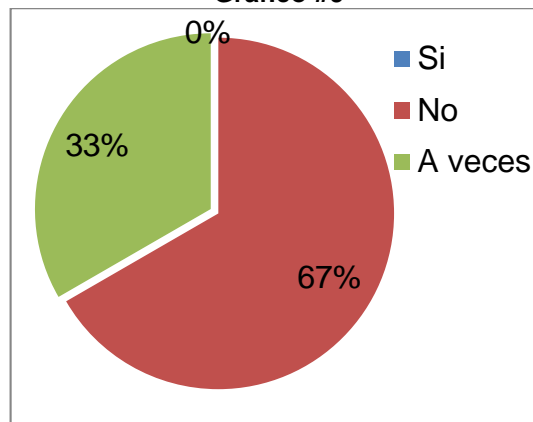
Cuestionario de preguntas dirigido a los Profesionales del área medica del hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, de la ciudad de Quevedo.

1. ¿Cree Ud. Que los pacientes con diagnostico depresivo clínico, aceptan que están enfermos y que necesitan ayuda?

Cuadro #9

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	0	0%
No	2	67%
A veces	1	33%
Total	3	100%

Gráfico #9



**Fuente: Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”
Elaborado por: Vanessa Constante R.**

Análisis: El 67% de los profesionales encuestados indican que sus pacientes no aceptan el diagnóstico que reciben y el 33% señala que en ocasiones toman conciencia de su enfermedad y hacen algo para mejorar su problema.

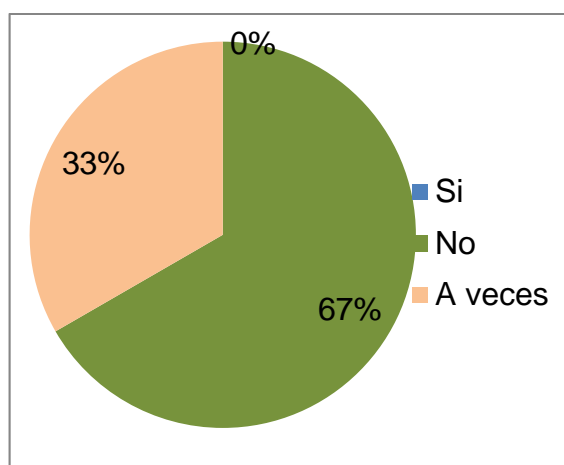
Interpretación: Es responsabilidad del Profesional de la salud brindar una mejor asesoría y dar las herramientas al paciente para que afronte su condición y pueda mejorar progresivamente su salud.

2. ¿Considera que aún existen los estigmas sociales con la depresión?

Cuadro #10

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	0	0%
No	2	67%
A veces	1	33%
Total	3	100%

Gráfico #10



Fuente: Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”
Elaborado por: Vanessa Constante R.

Análisis: El 67% de los encuestados señaló que consideran que los estigmas sociales acerca de la depresión han bajado la intensidad en comparación a los tiempos anteriores cuando aun se desconocía de este tema y el 33% indica que aun la sociedad conserva ciertos estigmas sobre la depresión.

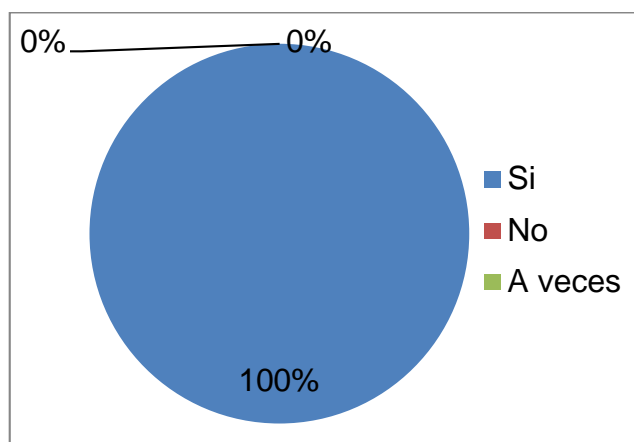
Interpretación: Se deben elaborar programas y talleres dirigidos a la Comunidad para dar a conocer la enfermedad y su tratamiento para reducir las respuestas negativas ya que el estigma puede ser un problema sustancial para las personas que sufren de depresión inhibiendo la búsqueda de ayuda.

3. ¿La mayor parte de los pacientes evoluciona positivamente con el tratamiento que recibe?

Cuadro #11

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	3	100%
No	0	0%
A veces	0	0%
Total	3	100%

Gráfico #11



Fuente: Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"
Elaborado por: Vanessa Constante R.

Análisis: Según los encuestados el 100% de los pacientes evoluciona positivamente.

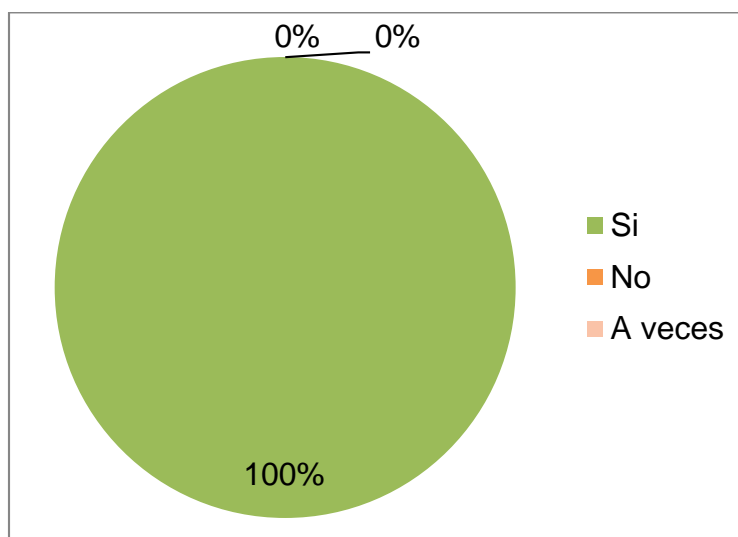
Interpretación: Los tratamientos brindados por los profesionales son sumamente efectivos y los pacientes logran una evolución rápida y positiva en el problema que tienen.

4. ¿Considera Ud. Que existe el apoyo familiar en los pacientes con casos de depresión clínica?

Cuadro #12

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	3	100%
No	0	0%
A veces	0	0%
Total	3	100%

Gráfico #12



Fuente: Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"
Elaborado por: Vanessa Constante R.

Análisis: El 100% de los encuestados respondieron que si existe el apoyo familiar.

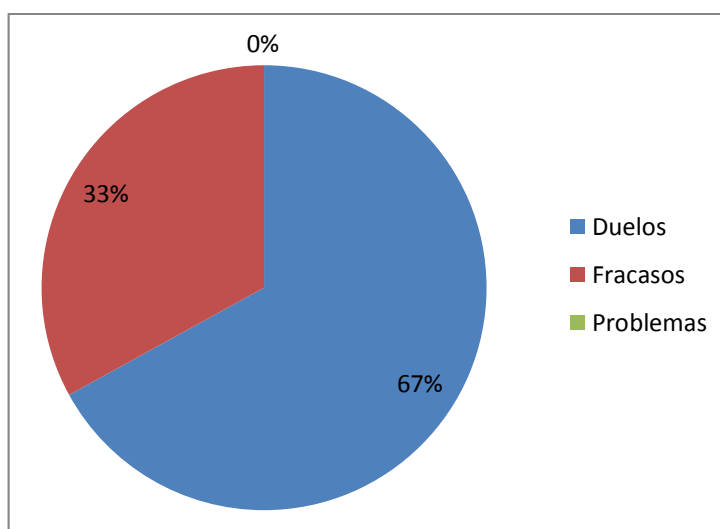
Interpretación: La mayor parte de los pacientes reciben el apoyo de sus familiares y que pocos son los casos en que no cuentan con el apoyo de sus familias.

5. ¿Cuál considera que sea la causa más común en la depresión clínica?

Cuadro #13

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Duelos	2	67%
Fracasos	1	33%
Problemas	0	0%
Total	3	100%

Gráfico #13



Fuente: Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"
Elaborado por: Vanessa Constante R.

Análisis: De los profesionales encuestados el 67% respondió que la causa más común de los casos clínicos depresivos son los duelos y el 33% de los encuestados que representa a 1 de los profesionales respondió el fracaso.

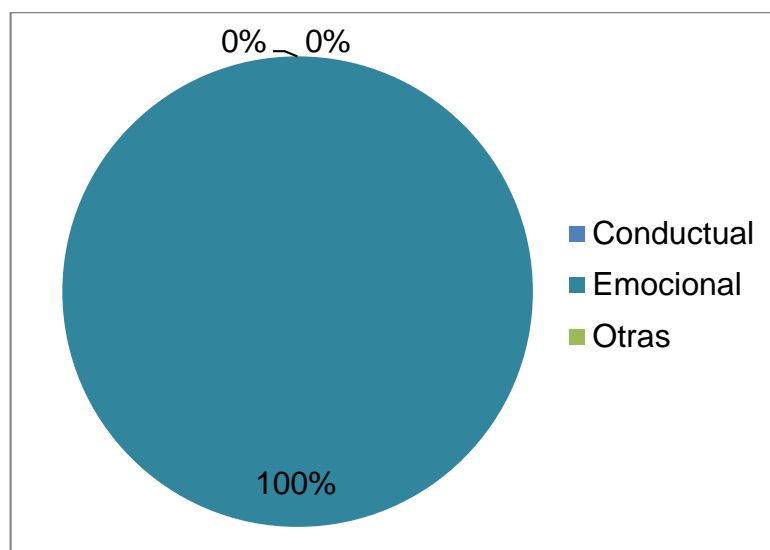
Interpretación: La causa más común en los casos clínicos depresivos son los duelos que experimentan los pacientes, no solo por la pérdida de algún familiar querido sino también por rupturas o separaciones de alguien a quien haya tenido un afecto significativo.

6. ¿Qué tipo de psicoterapia es la más utilizada en los pacientes con diagnóstico depresivo clínico?

Cuadro #14

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Conductual	0	0%
Emocional	3	100%
Otras	0	0%
Total	3	100%

Gráfico #14



Fuente: Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"
Elaborado por: Vanessa Constante R.

Análisis: El 100% de los encuestados indicó que la más utilizada es la psicoterapia emocional.

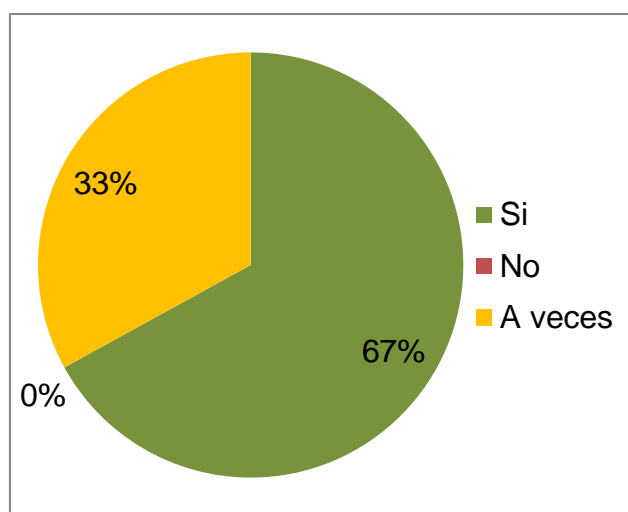
Interpretación: De los diferentes tipos de psicoterapia que son aplicadas por los profesionales para la evolución de los pacientes con diagnóstico depresivo clínico, es la psicoterapia emocional la que ha dado mejores resultados.

7. ¿Cree Ud. Que el paciente sigue las indicaciones que recibe de parte de su médico?

Cuadro #15

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	2	67%
No	0	0%
A veces	1	33%
Total	3	100%

Gráfico #15



Fuente: Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”
Elaborado por: Vanessa Constante R.

Análisis: El 67% de los encuestados afirmó que si, el 33% de los encuestados indicó que en ocasiones los pacientes siguen las recomendaciones médicas.

Interpretación: Muchos de los pacientes de acuerdo al criterio médico son cuidadosos con su tratamiento y siguen las instrucciones o sugerencias que el medico les proporciona; en pocas ocasiones los pacientes siguen las recomendaciones médicas y a medida que van evolucionando interrumpen el tratamiento porque se consideran ya curados.

10.3. Conclusiones y recomendaciones generales y específicas acerca de los resultados de la investigación

10.3.1. Conclusiones

A continuación se detallaran las conclusiones que se han tomado en esta investigación:

- Se logró determinar que la presencia del trastorno depresivo clínico no afecta el estado emocional o social de quien padece este trastorno, sino que también influye en la armonía de las personas que se encuentran a su alrededor especialmente de sus familiares.
- Entre los síntomas más comunes que se experimentan en la depresión clínica es; la baja autoestima, escasa tolerancia a las frustraciones y en casos crónicos ideas suicidas.
- Se concluyó también identificando que los casos más comunes en este trastorno es cuando la persona llega a tal punto de planificar su propia muerte.
- La orientación que se dio en el programa de Psicoeducación fue necesaria para motivar a los pacientes del área de medicina interna.

10.3.2. Recomendaciones

A continuación se detallan las siguientes recomendaciones:

- Acudir a un profesional de la salud mental (Psicólogo) en caso de presentar malestares emocionales, estados de profunda tristeza y pocas ganas de relacionarse con los demás.
- Cumplir con la asistencia a las terapias psicológicas y tratamiento que se envíe a cumplir fuera de la consulta, debido a que es necesario para mejorar las condiciones emocionales de la persona afectada.
- Participar en actividades recreativas que mantengan ocupada a la persona para evitar que llegue a situaciones ansiosas que generen malestar.
- Aplicar las sugerencias que recibieron en programa de Psicoeducación, para aligerar cargas emocionales y mejorar sus diferentes estilos de vida.

MATERIAL DE REFERENCIA

Referencias Bibliográficas

- Adepaci - Asociación Civil Argentina en Defensa del Paciente. (4 de Diciembre de 2009). Obtenido de Derechos del Paciente Terminal.
- Almonte, D. G. (Octubre de 2010). in SildaShare Corpyright ©. Recuperado el 05 de diciembre de 2015, de Signos y síntomas signos patognomónicos síndrome
- Diario Tepro Enfermería. (Martes, 10 de Marzo de 2009). Recuperado el 06 de Diciembre de 2015, de INGRESO Y EGRESO DEL PACIENTE: diarioteproenfermeria.blogspot.com
- Enrique Álvarez, C. G. (2008). Sintomatología depresiva en atención primaria. Algoritmos diagnósticos y terapéuticos. Barcelona, España: Marge Medical Books.
- Esparcia, A. J. (2009). Psicopatología (Primera ed.). Barcelona, España: UOC.
- Fernandez, R. B. (28 de Agosto de 2009). Técnicas de apoyo psicológico y social al paciente y familiares (1 ed.). España: Ideaspropias, Editorial Vigo.
- FIRST, M. B. (2010). DSM-IV-TR: . MASSON.

- Floor Alexandria. (2010). Mental Health America Copyright ©. Recuperado el 06 de Diciembre de 2015, de ¿Que es la depresión?: mentalhealthamerica.net
- Jurado, J. G. (2014). El Paciente. Barcelona, España: ISBN.
- Kennedy, D. (13 de julio de 2012). Definición de una clínica médica. Recuperado el 2015, de eHow en español
- Luciani, D. J. (2010). Cómo superar la ansiedad y la depresión que hacer cuando su vida se descontrola. Barcelona, España: Amat.
- Martí, C. I. (2012). mi+d Salud pública y algo más. Obtenido de Que es la incidencia y la prevalencia de una enfermedad: madrimasd.org
- Martí, D. L. (2010). Depresión ¿Que es? Frecuencia y sus causas Síntomas Diagnóstico y Tipos de depresión Alivio y Tratamiento. Barcelona, España: Amat.
- Martinez, E. D. (07 de Febrero de 2013). in SildeShare. Recuperado el 2015, de Admision y egreso del paciente: es.slideshare.net/mandapioce/ingreso-e-egreso
- Miguel Gutierrez Guzman. (9 de Marzo de 2011). Scribd. Recuperado el Diciembre de 2015, de Definición de Hospital: <https://es.scribd.com/doc/50331468/DEFINICION-DE-HOSPITAL>
- Módulo de capacitación online, I. (2015). ¿Incidencia? por qué? para qué? Educación para el desarrollo sostenible, 1-2.

- NOTICIAS, A. i. (19 de Abril de 2015). Definición de la depresión clínica. Obtenido de outletcatalogo.com
- Pineda, C. O. (2013). Depresión grave en adolescentes - Una terapia grupal desde el Modelo Integrativo (Primera Edición ed.). Azuay, Ecuador.
- Plaza, D. M. (2012). La seguridad del paciente - Un reto para la asistencia sanitaria. Madrid, España: Copyright.
- Real Academia Española, A. d. (2014). Diccionario de la lengua española (23 ed.). (Espasa, Ed.) Madrid, España.
- Rozados, D. (17 de Octubre de 2015). Copyright. Obtenido de ¿Tiene usted depresión? - Calidad de vida en el paciente depresivo: : depresion.psicomag.com
- Trickett, S. (2009). SUPERA LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN (Quinta edición ed.). Barcelona, España: Editorial Hispano Europea, S. A.
- Vivas, R. (2009). Victoria sobre la depresión. Victoria, BC, Canadá: Corpyright.

Glosario

Afectividad: Conjunto de emociones y sentimientos que un individuo puede experimentar a través de las distintas situación que vive.

Autoestima: Sentimiento valorativo de nuestro conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que forman la personalidad.

Antidepresivo: Fármaco que eleva el tono del ánimo; se usa para combatir la depresión.

Catarsis: Liberación, a través de la palabra, de las ideas religadas al inconsciente por un mecanismo de defensa.

Conducta: Sinónimo de comportamiento, con dicho término nos referimos a las acciones y reacciones del sujeto ante el medio.

Depresión: Trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento.

Estado de ánimo: Actitud o disposición emocional en un momento determinado.

Irracional: Que es absurdo o que no obedece a la razón.

Paciente: Persona que padece físicamente, y que por lo tanto se encuentra bajo atención médica.

ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
EXTENSIÓN QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

Cuestionario de preguntas dirigido a los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna del hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, de la ciudad de Quevedo.

	Todo el tiempo	A veces	Nunca
1. ¿se ha sentido deprimido o triste?			
2. ¿Se ha sentido débil últimamente?			
3. ¿Ha sentido menos confianza en si mismo?			
4. ¿Ha tenido Ud. Cargos de conciencia o sentimientos de culpa?			
5. ¿Ha sentido que la vida no merece la pena vivirla?			
6. ¿Se siente nervioso?			
7. ¿Tiene problemas para conciliar el sueño?			
8. ¿Siente que ha perdido el apetito?			

Anexo 2



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
EXTENSIÓN QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

Cuestionario de preguntas dirigido a los Profesionales del área medica del hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, de la ciudad de Quevedo.

- 8. ¿Cree Ud. Que los pacientes con diagnostico depresivo clínico, aceptan que están enfermos y que necesitan ayuda?**
- a) Si**
 - b) No**
 - c) A veces**
- 9. ¿Considera que aún existen los estigmas sociales con la depresión?**
- a) Si**
 - b) No**
 - c) A veces**
- 10. ¿La mayor parte de los pacientes evoluciona positivamente con el tratamiento que recibe?**
- a) Si**
 - b) No**
 - c) A veces**

11. ¿Considera Ud. Que existe el apoyo familiar en los pacientes con casos de depresión clínica?

- a) Si**
- b) No**
- c) A veces**

12. ¿Cuál considera que sea la causa más común en la depresión clínica?

- a) Si**
- b) No**
- c) A veces**

13. ¿Qué tipo de psicoterapia es la más utilizada en los pacientes con diagnostico depresivo clínico?

- a) Si**
- b) No**
- c) A veces**

14. ¿Cree Ud. Que el paciente sigue las indicaciones que recibe de parte de su medico?

- a) Si**
- b) No**
- c) A veces**

Anexo 3
ESCALA DE AUTOVALORACIÓN
TEST DE ZUNG DEPRESIÓN

NOMBRES: _____ **Edad:** ____ **Sexo:** ____

Religión: _____ **Grado:** _____ **Sección:** _____

Fecha: ____/____/____ **Fecha de nacimiento.** ____/____/____

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento abatido y melancólico.					
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.					
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.					
4	Duermo mal.					
5	Tengo tanto apetito como antes.					
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.					
7	Noto que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.					

10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.					
14	Tengo esperanza en el futuro.					
15	Estoy más irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					
18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.					
TOTAL DE PUNTOS						

Anexo 4

Test de Depresión Mayor Major Depression Inventory (MDI)

Las siguientes preguntas hacen referencia a su estado de ánimo en las últimas dos semanas. Por favor marque la casilla que mejor describa cómo se ha sentido usted.

Qué parte del tiempo...		Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Poco más de la mitad del tiempo	Poco menos de la mitad del tiempo	Ocasional mente	Nunca
1	¿Se ha sentido deprimido o triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Ha perdido interés en sus actividades diarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Ha sentido falta de energía y fuerza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Ha sentido menos confianza en sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Ha tenido usted cargos de conciencia o sentimientos de culpa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Ha sentido que la vida no merece la pena vivirla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Ha tenido dificultades para concentrarse, por ejemplo cuando lee el periódico o ve la televisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8a	¿Se ha sentido muy inquieto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b	¿Se ha sentido apagado o lento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido problemas para dormir por la noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10a	¿Ha notado falta de apetito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10b	¿Ha notado aumento de apetito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre: _____

Fecha: _____

Anexo 5

FOTOS

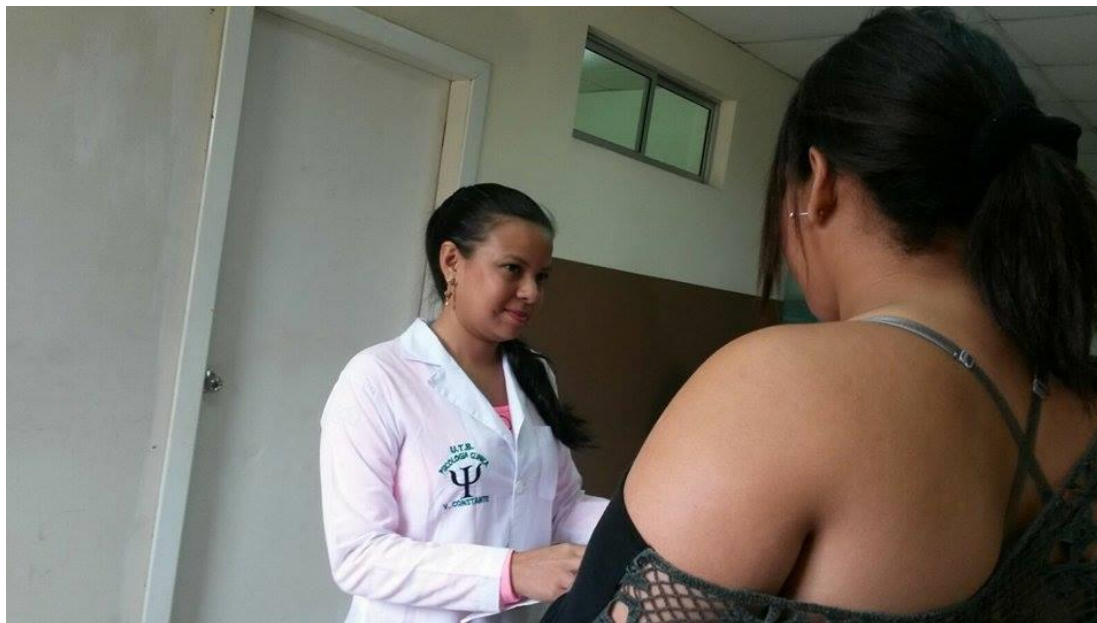


Foto 1. Aplicación de reactivos psicológicos, test de Zung de depresión.



Foto 2. Entrega del cuestionario de preguntas a paciente del área de medicina interna.



Foto 3. Intervención psicológica en situación en crisis



Foto 4. Asesoramiento a paciente con bajo estado emocional



Foto 5. Entrevista psicológica a paciente con rasgos depresivos



Foto 6. Entrevista psicología a paciente con episodios depresivos

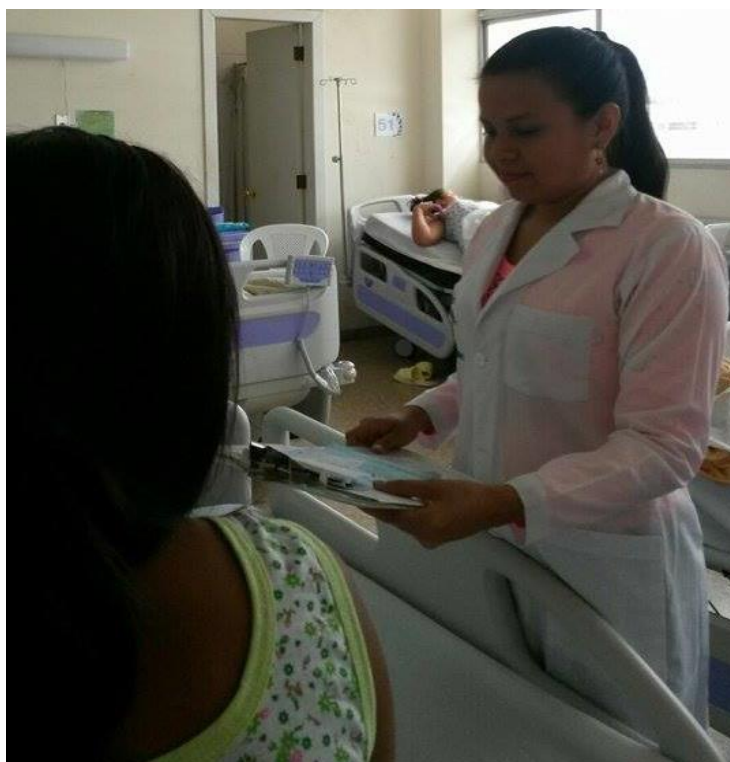


Foto 7. Intervención en crisis con paciente del área de medicina interna