



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR SEDE
ESMERALDAS**



ESCUELA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**ANÁLISIS DE LOS CONDICIONANTES QUE CONLLEVAN A LA
DEPRESIÓN EN USUARIOS DE 14 – 30 AÑOS QUE ASISTEN A LA
UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL CANTÓN ESMERALDAS
DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

MAIRA ISABEL HURTADO CEDEÑO.

DIRECTORA:

LCDA. ESIBA VERNA

ESMERALDAS, SEPTIEMBRE DEL 2012.

DISERTACIÓN APROBADA LUEGO DE HABER DADO CUMPLIMIENTO A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS POR EL REGLAMENTO DE GRADO DE PUCESE, PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

LECTORA 1

LECTORA 2

DIRECTORA DE TESIS

DIRECTORA DE ESCUELA

AUTORÍA DE TESIS

YO, Mayra Isabel Hurtado Cedeño declaro que la presente investigación enmarcada en el actual trabajo de tesis es absolutamente original, autentica y personal. En virtud que el contenido de esta investigación es de exclusiva responsabilidad legal y académica de la autor-a” y de la PUCESE.

MAYRA HURTADO C.

0802753426

DEDICATORIA

ES MUY IMPORTANTE ENTENDER QUE EN LA VIDA PASAN LAS COSAS POR ALGO Y ES POR ESA RAZÓN QUE ESTA META SE LA DEDICO A 4 SERES QUE HAN SIDO Y SERÁN IMPORTANTES EN MI VIDA.

PRIMERAMENTE A MI ABUELA QUE AUNQUE AHORA NO ESTÉ A MI LADO SE QUE ELLA DESDE EL CIELO SIEMPRE ME HA CUIDADO Y ME HA AYUDADO A CUMPLIR ESTE OBJETIVO QUE ES PARA MÍ UNA DICHA INEXPLICABLES.

EN SEGUNDO LUGAR A MIS DOS JOYAS PRECIOSAS, QUE SON MIS GANAS DE VIVIR Y MOTIVO DE TODO ESFUERZO, DEMOSTRARLE AL MUNDO QUE SI PUEDO SEGUIR CRECIENDO COMO PERSONA, PROFESIONAL Y MADRE, ESTE TRIUNFO ES PARA USTEDES MIS HIJOS QUERIDOS THAIS Y GHERAL CASTRO HURTADO.

A TI MI AMOR QUE A MAS DE SER UN ESPOSO ABNEGADO HAS SIDO UN GRAN AMIGO INCONDICIONAL YEFFERSON CASTRO, A TODOS LOS NOMBRADOS ANTERIORMENTE YA QUE USTEDES SE MERECEEN ESTA DEDICATORIA Y MUCHO MAS.

AGRADECIMIENTO

PRIMERAMENTE QUIERO AGRADECERLE A DIOS QUE ES MI PRINCIPAL MEDIADOR PARA PODER VENCER TODAS LAS ADVERSIDADES QUE SE HAN PRESENTADO A LO LARGO DE MI CARRERA

MI ESPOSO QUE ES EL PILAR FUNDAMENTAL PARA AYUDARME A LEVANTAR CUANDO HE CAÍDO O SE AGOTABAN LAS GANAS DE SEGUIR ESTUDIANDO POR CUALQUIER CIRCUNSTANCIA.

A MIS FAMILIARES QUE DE UNA U OTRA MANERA HAN SIDO PARTE DE MIS ESTUDIOS EN DIFERENTES FORMAS YA SEAN EN EL CUIDADO DE MIS HIJOS CUANDO TOCABAN LAS PASANTÍAS EN OTRAS CIUDADES, DEFINITIVAMENTE A CADA UNO DE ELLO LES LLEVO UNA INMENSA GRATITUD PORQUE SIN SU AYUDA NO HUBIESE SIDO POSIBLE ESTA META

DE LA MEJOR FORMA POSIBLE RECIBAN DE MÍ, UN GRACIAS ESPECIAL A TODOS USTEDES, ESPOSO, MADRE, HERMANOS, TÍOS, SUEGROS, PRIMOS Y AMIGOS. GRACIAS

ÍNDICE GENERAL

HOJA DE DISERTACIÓN	i
AUTORÍA DE TESIS	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix
ÁRBOL DEL PROBLEMA	xi

PRIMERA PARTE

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVOS	7
HIPOTESIS	8
DELIMITACIÓN	9
MARCO TEÓRICO	10
DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN	11
ANTECEDENTES DE LA UNIDAD	33

SEGUNDA PARTE

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIOS	34
UNIVERSO	36
FUENTES Y TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36
PROCEDIMIENTO	37
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	38
PRESUPUESTO	39
RESULTADO DE GRÁFICOS	40

TERCERA PARTE

DISCUSIÓN	69
CUADRO PARA MEDIR PREVALENCIA E INCIDENCIA	73
CONCLUSIONES	76
RECOMENDACIONES	78
LIMITACIONES	80
PROPUESTA	79
GLOSARIO	81
BIBLIOGRAFÍA	83
ANEXOS	85

RESUMEN

La finalidad de este estudio fue analizar los condicionantes que conllevan a la depresión, en pacientes de 14 a 30 años que asisten a la Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas durante el primer semestre del año 2012. Se realizó un estudio analítico y descriptivo los cuales permitieron un análisis de las diferentes costumbres, religiones, edad, sexo y etnia de los pacientes que asisten con un trastorno depresivo a la USME. Se obtuvieron datos cualitativos y cuantitativos los cuales nos brindaron datos obtenidos por medio de las encuestas y datos numéricos relevantes los cuales facilitaron la interpretación de los mismos.

Durante el periodo de Enero a Junio han sido atendidos en esta unidad 100 pacientes con trastorno depresivos, tomando una muestra del 50% para esta investigación, de los cuales el 64% son de género femenino lo que nos indica que las mujeres somos más vulnerables al presentar un trastorno depresivo. En esta unidad de salud se da atención de psiquiatría en un 42% y de psicología 8%, por ser esta entidad muy pequeña carece de los medios para realizar exámenes neurológicos y algunas prioridades.

La experiencia adquirida en la Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas, permitió conocer que el estudio de un trastorno depresivo lleva más allá de una simple investigación es identificar de forma directa los verdaderos causales o condicionantes del porque un trastorno depresivo.

PALABRAS CLAVE.- Salud Mental, Depresión, Neurología, Psiquiatría y Psicología.

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze the conditions that lead to depression, in patients 14 to 30 years attending the Mental Health Unit of the City of Emeralds in the first half of 2012. We performed a descriptive and analytical study which allowed an analyzes of the different religions customs age sex and ethnicity of patients attending with a depressive disorder to USME. We obtained qualitative and quantitative data which we received data throunumerical data which facilitated the interpretation of the same During the period from January to June have been treated in these drive 100 patients with depressive disorder, taking a sample of 50% for this research, of which 64% are female, which indicates that women are more vulnerable to submit a depressive disorder. In this health unit psychiatric care is given by 42% and 8% of psychology, as this very small entity lacks the means to perform neurological examinations and some priorities.

CONCLUSIONS.- Experience in the Mental Health Unit of the City of Emeralds, allowed to know that the study of a depressive disorder leads beyond mere research is directly identify the true causal or conditioning because of a depressive disorder.

KEYWORDS. - Mental Health, Depression, Neurology, Psychiatry and Psychology.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de las enfermedades depresivas ha estado circunscrito durante los últimos años a sus aspectos clínicos y, en algunos casos, a diferentes intentos terapéuticos.

Hace 20 años, poco se conocía sobre las causas que conllevan a la depresión, pero los avances logrados en los últimos años han sido muy positivos.

La depresión en muchas ocasiones es consecuencia del diario vivir, ya sean por problemas familiares, laborales, económicos, sentimentales, patológicos etc.

Tales como: el equilibrio, el movimiento, el habla, la respiración y la función cardiaca.

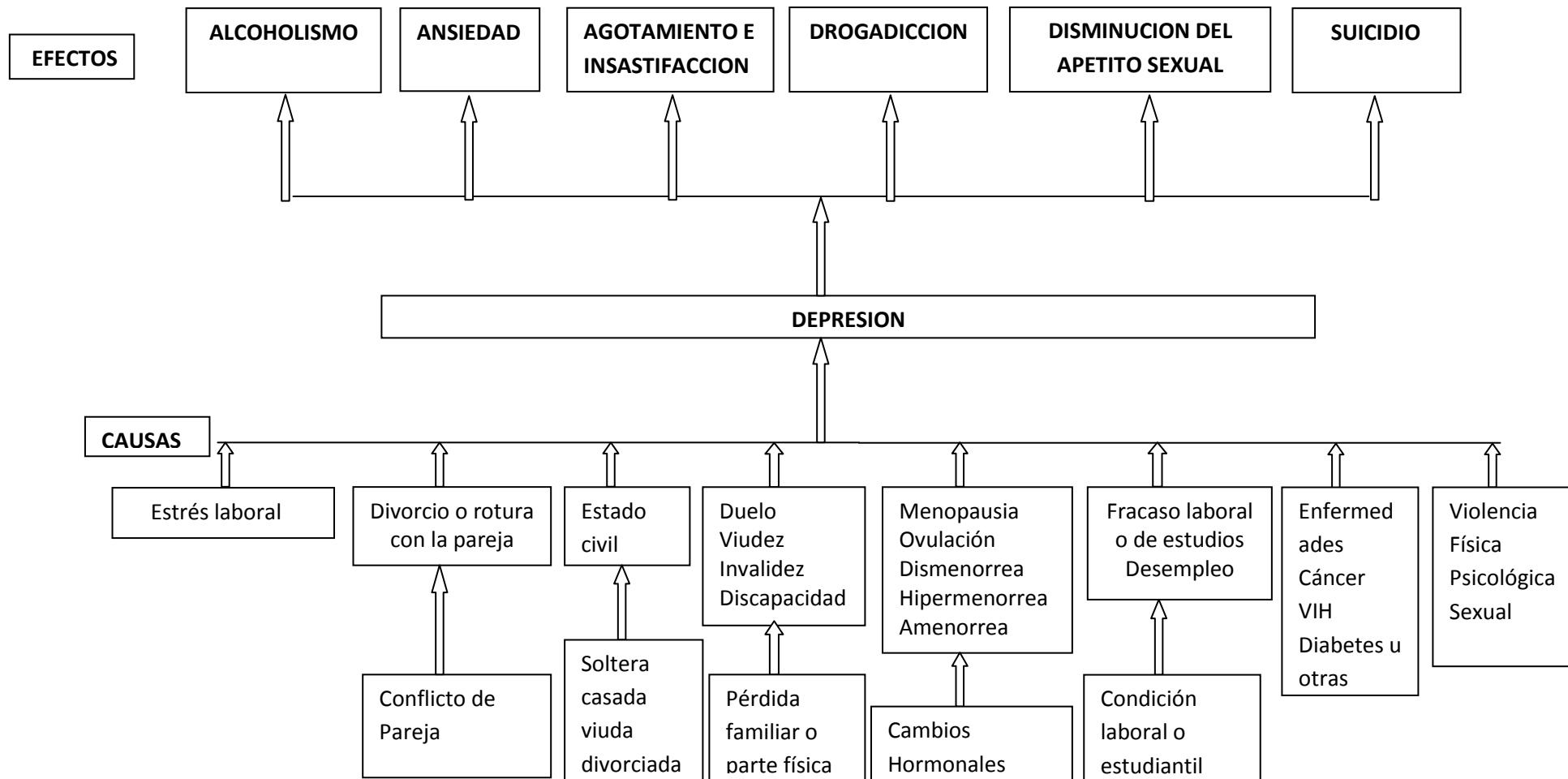
Muchas de las Enfermedades Neurodegenerativas son genéticas, pero estas enfermedades se puede desencadenar por otros factores tales como: el alcoholismo, enfermedades, violencia física y verbal, sustancias químicas o virus.

Los profesionales de la unidad atienden a pacientes con mayor riesgo en depresión, los mismos que son frágiles en enfermedades físicas, agudas o crónicas, o múltiples patologías que con frecuencia suelen vivir una vida con o sin restricciones por parte de los familiares.

Bajo esta circunstancia es frecuente que se tenga una visión distorsionada y exagerada de la incidencia de depresión en los individuos y más si estos son maltratados física y verbalmente. El riesgo es que los síntomas depresivos no se consideran patológicos y que no se trate adecuadamente a los pacientes que presentan un trastorno depresivo y más si se toma en cuenta cuando estos pacientes ya llegan a una depresión crónica como es el caso de presentar ideas autolíticas ya que el 70% de los pacientes que manifiesten esta idea concluyen con el objetivo del suicidio.

En esta investigación se intenta realizar un abordaje integrador de la conceptualización de las depresiones, partiendo de un análisis de los elementos psicopatológicos básicos (afectos, sentimientos, humor) realizando una definición del síndrome depresivo y se muestran los principales enfoques para clasificar los trastornos depresivos, finalmente, se describe un modelo de clasificación multidimensional de carácter integrador y clínicamente relevante.

ARBOL DEL PROBLEMA



CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir de las distintas alteraciones en la personalidad, se constituyen las patologías que establecen la tríada neurótica. Estas son la depresión que es una condición de infelicidad y sentimientos crónicos de tristeza, estado de abatimiento, abulia, trastornos del sueño y alimenticios, que puede ser transitoria o permanente y se clasifica en depresión mayor o severa, distimia y depresión bipolar.

En la mayoría de los casos, el paciente describe su estado, como derribado, socavado en su potencialidad, debilitada su base de sustentación afectiva, desgano. Es un tema de enorme importancia en el campo de la salud mental en el trabajo ya que se desempeña como agente etiológico del trastorno.

La depresión es una falta de integración del Súper Yo, la aparición sentimientos de culpa evidencian una buena integración; los sentimientos de rabia, de desesperación, de ira y una imagen de sí mismo idealizada indican una mala integración de esta instancia. Esta depresión se caracteriza por la presencia de sentimientos de vacío y soledad.

Ciertos aspectos del estrés pueden llevar a la depresión. Hay muchas escuelas de pensamiento acerca de la etiología de la depresión, incluidas la biológica, la genética y la psicosocial. Muchos de los factores relacionados con el lugar de trabajo se asocian a este último aspecto. Los problemas de pérdida o riesgo de pérdida del empleo pueden dar lugar a depresión. Existen diferentes síntomas depresivos, los mismos que dan lugar a la aparición de alteraciones a nivel de relaciones interpersonales y sociales:

GRUPOS SOCIALES Y ECONÓMICOS.

El pertenecer a un grupo socioeconómico bajo significa un riesgo mayor de depresión. El dinero, por supuesto, permite un mayor acceso a una buena atención sanitaria, pero este factor no explica la tasa más alta de depresión en la gente pobre. Todas las personas, independientemente del salario pueden sufrir depresión si no disfrutan de buena salud o están socialmente aislados. Las actitudes culturales occidentales que ligan los ingresos al estado social pueden jugar un papel significativo en la conexión entre pobreza y depresión.

En un estudio británico, la pobreza o el desempleo aumentaron la duración de cualquier depresión preexistente, pero no parecieron tener ningún papel causal. Sin embargo, los sentimientos de inseguridad financiera causaban y prolongaban la depresión.

Las festividades de Navidad y Año Nuevo son días alegres para la mayoría de la humanidad, pero también hay una minoría que puede vivir una crisis y terminar en una tragedia.

Las estadísticas muestran que diciembre es el mes con más suicidios por depresión, sobre todo en muchos pacientes con trastorno bipolar, que es un estado médico caracterizado por la presencia de manifestaciones extremas de ánimo: la depresión y la euforia.

Esta situación es poco conocida pero cada vez es más frecuente en el Ecuador; en el hospital Lorenzo Ponce de Guayaquil, en el año 2011 se ha atendió un promedio de 108 pacientes con este cuadro clínico según la OMS.

Los cambios bruscos en el ánimo y el comportamiento son los principales indicadores de la bipolaridad. Los episodios de depresión severa pueden durar una o dos semanas, y luego pasar a un episodio de euforia extrema en periodos similares, explica José Rodríguez, psiquiatra.

Debido a que los síntomas son similares a la depresión o al trastorno obsesivo compulsivo, puede ser confundido con estos.

Los principales síntomas de una persona bipolar cuando se vive una depresión es, la falta de interés o placer, sentimientos de tristeza y vacío constante, irritabilidad, pérdida o aumento de peso significativo, dificultad para concentrarse, fatiga, cansancio, pobre autoestima, dificultad para tomar decisiones y pensamientos de muerte.

Cuando están alegres o eufóricos también se dan ciertas manifestaciones anormales que alertan sobre este desorden como la irritabilidad, intolerancia, autoestima exagerada, delirios de grandeza, hablar demasiado, distracción, aceleración, el comportamiento puede ser hostil y violento, tienen poco sueño, indica José Rodríguez, psiquiatra especialista en bipolaridad.

El experto también indica que es importante darse cuenta cuándo el paciente cambia de estado ya que se produce de manera inesperada.

El doctor José Rodríguez dice; que no se conoce a ciencia cierta qué produce la enfermedad, que se la trata con medicamentos antidepresivos o anticonvulsivos.

HAY DOS TIPOS

No se conoce qué produce este trastorno, pero los estudios científicos han determinado que podría originarse en una posible alteración en el cerebro y las conexiones nerviosas, además de un desbalance del hígado, el páncreas, los intestinos, el corazón, los riñones. Hay dos tipos de bipolaridad: tipo I, depresivos grave y maníacos graves; el tipo II se presenta con hipomanía (manías).

El trastorno depresivo es una patología que cada vez toma fuerza en nuestra ciudad debido a los diferentes condicionantes que conllevan a la misma.

La Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas es acudida por un sinnúmero de pacientes de diferentes lugares de la Ciudad, que refieren ser atendidos debido a un trastorno depresivo por diferentes causas, durante el año 2010 y dentro del 2011 hasta el mes de Mayo se atendieron aproximadamente 941 pacientes y durante el primer semestre del presente año se han atendido 100 pacientes de diferentes edades y ocupaciones.

Esto nos indica que indiscutiblemente el principal trastorno que conlleva a los pacientes a asistir a la Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas es debido a un trastorno depresivo y es por tal razón que este tema está dirigido a investigar y analizar los condicionantes que conllevan a un trastorno depresivo.(noticias-ecuador-depresión 25 febrero2011).

1.2 JUSTIFICACIÓN

La depresión puede llevar al individuo a cometer actos que en ocasiones pueden ser irreversibles como por ejemplo la muerte ya que esta será la primer alternativa opcional que tanto las mujeres como hombre verán para salir de ese problema que presenta una alta prevalencia y ocasionan un grado de incapacidad en el individuo, en muchas situaciones sus repercusiones a nivel humano los costos económicos y sociales que generan, su manejo, su diagnóstico y tratamiento, son de enormes dimensiones y que a la vez estos pacientes no son atendidos a tiempo su estado depresivo seguirá aumentando hasta llegar como se nombra anteriormente a un nivel depresivo crónico.

La capacidad emocional del ser humano se ha convertido en un importante constructo teórico que ha despertado el interés de realizar esta investigación en la Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas.

Sin duda alguna la importancia de este tema radica en que son muchos los pacientes que asisten a la Unidad, en donde se vinculan directa o indirectamente con dificultades de comprensión intra e interpersonal; para esta investigación se ha tomado en cuenta la relevancia que tiene la posible interdependencia entre la depresión y los factores que conllevan a la misma como el factor Hereditario, Diabetes, Infarto del Miocardio y otras alteraciones.

Además la depresión se está convirtiendo en un problema de salud pública que afecta a gran cantidad de personas, muchas de las cuales ni siquiera se han dado cuenta que sufren este trastorno depresivo. En estas personas puede encontrarse una afectación negativa de diferentes áreas de su vida, entre las cuales puede encontrarse la esfera dinámica emocionales.

Sin embargo la importancia del tema trasciende los intereses personales. La depresión justifica por sí misma un estudio de estas características ya que es uno de los problemas psicológicos que con más frecuencia pueden encontrarse en la sociedad actual sin depender de la raza religión la cultura y la edad. De hecho se ha llegado a concluir que cerca del 4% de la población sufren trastorno de ansiedad, mientras que aproximadamente el 20% de las personas que acuden a consulta médica tienen depresión aunque no sea necesariamente éste su motivo de consulta.

Son estas las causas que hacen este trabajo más interesante, por lo cual invito a las personas que les interese esta investigación, a abarcar el tema de una forma paulatina y constante y sentirán que cada párrafo incita a seguir el estudio de la misma.

Este trabajo investigativo tiene como meta principal realizar diversas acciones como: charlas educativas, talleres y actividades recreacionales, con la finalidad de integrar al personal de salud con el individuo, familia y comunidad. Así mejoraremos el convivir de los pacientes en su habidad diario.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los condicionantes que conllevan a la depresión, en pacientes de 14 a 30 años que asisten a la Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas durante el primer semestre del año 2012.

1.3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- 1.- Identificar la incidencia y prevalencia del síndrome depresivo en pacientes que asisten a la USME.

- 2.- Determinar la actitud adoptada por el paciente con los profesionales de la unidad y familiares durante el tratamiento de los mismos.

- 3.- Identificar condicionantes biológicos, económicos, social, cultural y de salud que conlleva a la depresión.

- 4.- Plantear una propuesta que contenga terapias ocupacionales y actividades de entretenimientos que sirvan como coadyudante al tratamiento que brinden los profesionales de la unidad, hacia los pacientes que asisten a la USME.

1.4 HIPÓTESIS

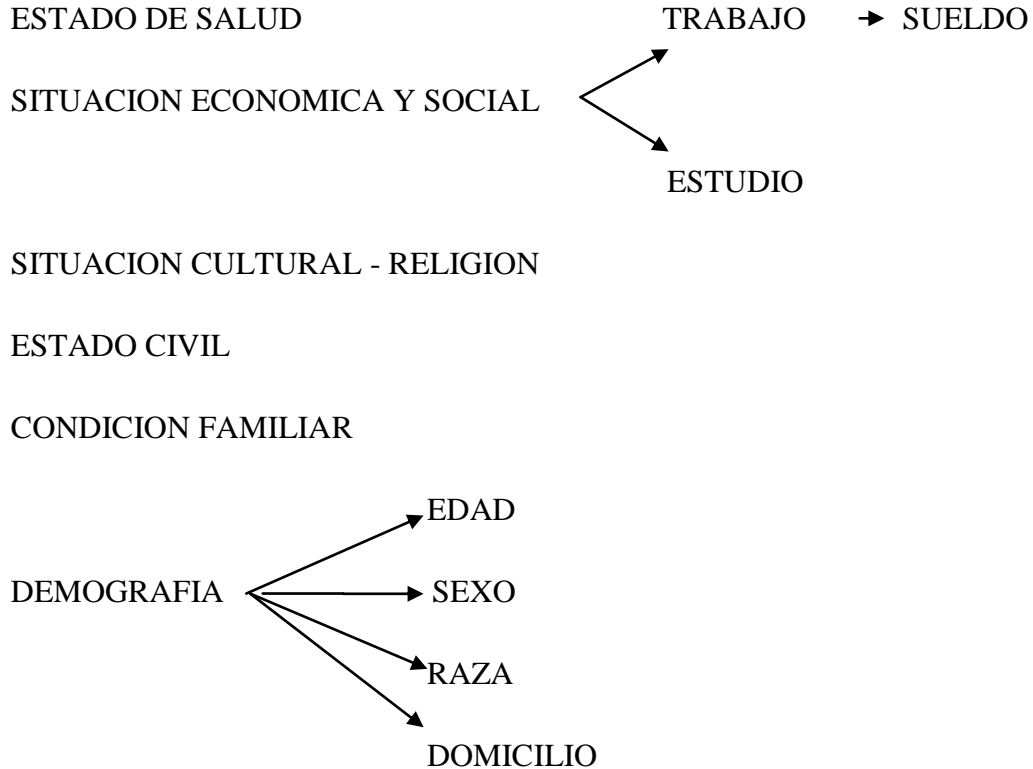
Los trastornos depresivos son patologías, las cuales se dan más frecuentes en mujeres que en hombres, será simplemente que los hombres no llegan a realizarse un control o no tiene credibilidad esta enfermedad ante ellos, y es por la misma razón que el alto índice de depresión se reporta en las mujeres.

1.5 DELIMITACIÓN

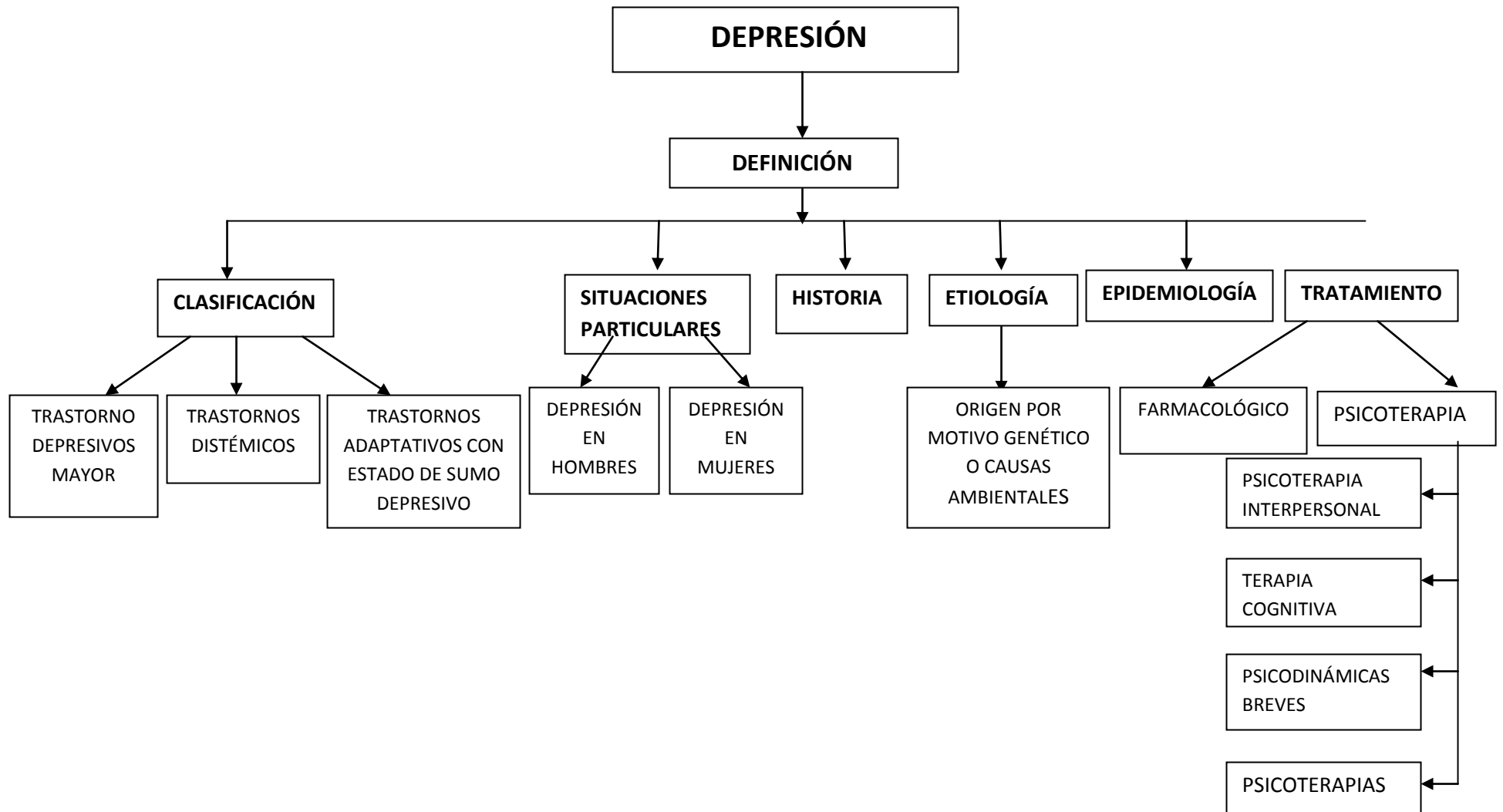
Los trastornos depresivos abarcan un sinnúmero de enfermedades siquiátricas la cual permiten un estudio avanzado de la misma.

Pero en esta ocasión esta investigación se guiará específicamente en hombres y mujeres, jóvenes de 14 – 18 años y en adultos de 19 – 30 años, con trastorno depresivo,

Las variables con las que trabajó son las siguientes:



2. MARCO TEÓRICO



2.1 DEPRESIÓN

La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado.

Según el modelo médico, la psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.

2.1.1 HISTORIA DE LA DEPRESIÓN.

Conocida en sus inicios con el nombre de melancolía (del griego clásico, "negro" y "bilis"), la depresión aparece descrita o referenciada en numerosos escritos y tratados médicos de la Antigüedad. El origen del término se encuentra, de hecho, en Hipócrates, aunque hay que esperar hasta el año 1725, cuando el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión. Hasta el nacimiento de la psiquiatría moderna, su origen y sus tratamientos alternan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música, etc.) pero, con el advenimiento de la Controversia de la biopsiquiatría y el despegue de la psicofarmacología, pasa a ser descrita como acaso una enfermedad más. Su alta prevalencia y su relación con la esfera emocional la han convertido, a lo largo de la historia, en frecuente recurso artístico e incluso en bandera de movimientos culturales como el romanticismo.

2.1.2 ETIOLOGÍA

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales.

Hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad. La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con los neurotransmisores, así como alteraciones inmunológicas asociadas a citoquinas en el trastorno depresivo mayor (por ejemplo, se reducen el número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos). Esto parece apuntar a una fuerte relación entre la serotonina y el sistema inmune en esta psicopatología.

Sin embargo, es destacable que aún no se ha descubierto ninguna alteración biológica estable y común a todas las personas con depresión, es decir, ningún marcador biológico, por lo que no podemos hablar de enfermedad en su sentido literal. Por esta razón se establecen otros términos que no implican "enfermedad" en su sentido más clásico, sino hablamos de un trastorno mental, enfermedad mental o una psicopatología.

Por ejemplo, la alteración en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal puede ser interpretada como un correlato biológico (correlación), pero no implica necesariamente una explicación del hipotético síndrome. La alteración funcional en el eje puede o no aparecer en una persona deprimida; antes, durante o después. La relación correlacional supone que "tener depresión" es más probable durante la alteración en dicho eje, pero esta diferencia orgánica es estadística y no sirve para diagnosticar. Es decir, no puede ser considerada un marcador biológico de enfermedad.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión.

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abrumen fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.

Desde la psicología de conducta, se entendería que la autoestima y la depresión suponen ambas descripciones de aprendizajes adquiridos, siendo la causa de la depresión principalmente social, es decir, aprendida. Por ejemplo, la evitación y el condicionamiento han demostrado tener un papel fundamental en la adquisición y mantenimiento de este problema.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una o en muchas de sus relaciones interpersonales, los problemas económicos o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

En todo caso, la depresión es descrita desde la medicina con una serie de síntomas. Así, cualquier problema psicológico que cumpla esos criterios pudiera ser diagnosticable como depresión. Ya sea un problema de neurodegeneración, ya sea aprendida, en todos los casos hablaríamos del síndrome. Si bien, el diagnóstico médico debe indicar si es de origen neuroanatómico, hormonal o psicológico. Debe aclararse a este aspecto que las hipótesis biológicas anteriormente mencionadas se referían al psicológico; muy distinto al párrafo anterior, que se refería a problemas neuroanatómicos o endocrinos mejor conocidos, como por ejemplo alteraciones en la glándula tiroides.

Es decir, aún no se ha encontrado ningún marcador biológico de la depresión, de modo que ninguna de las alteraciones biológicas atribuidas a la depresión puede ser usada para el diagnóstico de enfermedad. Se habla por tanto de psicopatología, que puede ser descrita en un cuadro clínico (nosología)

2.3. EPIDEMIOLOGÍA

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, y para el trastorno depresivo mayor, una incidencia anual del 1 al 2 por mil.

Todos los estudios coinciden en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general.

2.4 CLASIFICACIÓN

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO ÚNICO O RECIDIVANTE

CÓDIGO CIE-10: F32, F33

También conocida como depresión mayor, depresión unipolar o depresión clínica, se da en el paciente que tiene uno o más episodios depresivos mayores. Si el episodio es único, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor de episodio único, mientras si ha habido más de un episodio, se diagnostica trastorno depresivo mayor recurrente. El término depresión unipolar se opone al de depresión bipolar o trastorno maníaco-depresivo, e indica que el estado de ánimo se mantiene en un solo polo emocional, sin existencia de períodos de manía. Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:

CRITERIO A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas: Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días.

CRITERIO A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas: Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días.

- **CRITERIO B:** No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos

- **CRITERIO C:** El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.
- **CRITERIO D:** Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.
- **CRITERIO E:** No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

2.5 TRASTORNO DISTÍMICO

DISTIMIA.

Código CIE-10: F34.1 Los criterios para este tipo de trastorno depresivo son:

- **CRITERIO A:**

Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.

- **CRITERIO B:**

Deben aparecer dos o más de estos síntomas:

- Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación)
- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el dormir)
- Astenia
- Baja autoestima
- Pérdida de la capacidad de Concentración mental
- Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza

- **CRITERIO C:**

Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

- **CRITERIO D:**

No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. Si antes de la aparición de la distimia se dio un episodio depresivo mayor, éste tendría que haber remitido por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha.

- **CRITERIO E:**

No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un trastorno bipolar.

- **CRITERIO F:**

No hay criterios de esquizofrenia, de trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas (véase adicción).

- **CRITERIO G:**

No hay criterios de enfermedades orgánicas.

- **CRITERIO H:**

Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

2.6. TRASTORNO ADAPTATIVO CON ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO O MIXTO (ANSIEDAD Y ÁNIMO DEPRESIVO)

Código CIE-10: F43.20, F43.22

Por **trastorno adaptativo** o depresión reactiva, se acepta la aparición de síntomas cuando ésta ocurre en respuesta a un acontecimiento vital estresante, y no más allá de los tres meses siguientes a su aparición. Se habla de depresión reactiva cuando el cuadro es más grave de lo esperable o tiene mayor repercusión funcional de la que cabría esperar para ese factor estresante. Debe existir, entonces, un criterio de "desproporción" para su diagnóstico.

2.7. TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO

F32.9

Se denomina **trastorno depresivo no especificado** a aquella situación en la que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos. Esta situación puede darse cuando existe un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo), en el contexto de un trastorno disfórico premenstrual o en cuadros de trastorno depresivo post-psicótico (residual) en la esquizofrenia.

2.8. OTROS TIPOS

Duelo patológico: En el DSM-IV se contempla una situación de duelo que puede precisar tratamiento, aunque sin cumplir los criterios de ninguno de los trastornos previos. (Ver anexo # 4)

2.9. CLASIFICACIÓN DE LA FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Desde un punto de vista diagnóstico y terapéutico, la FEPSM señala la improcedencia de las clasificaciones actuales (depresión mayor, distimia) y la utilidad y vigencia de criterios

clásicos, como depresión melancólica, depresión no melancólica, depresión psicótica y depresión orgánica.

2.10. LA DEPRESIÓN DE LAS MUJERES

La depresión se da en la mujer con una frecuencia que es casi el doble de la del varón.

Quizás factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. Otra explicación posible se basa en el contexto social que viven las mujeres, relativas al sexismo (género).

En particular, en relación con los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona), debido a una existencia de menores niveles de estrógenos, parecen desempeñar por tanto un cierto papel en la etiopatogenia de la depresión.

Por otro lado, el sexismo con su consecuente estrés, falta de recursos económicos y determinados valores socio-culturales se relacionan con menos autoestima en las mujeres, así como más problemas psicológicos.

Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) demostró que las mujeres que presentaban predisposición a padecer el síndrome premenstrual (SPM) grave se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo, de la depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales a través de un tratamiento farmacológico. Si ese tratamiento se interrumpe, las hormonas se reactivan y, al poco tiempo, los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto.

La depresión posparto es un trastorno depresivo que puede afectar a las mujeres después del nacimiento de un hijo. Está ampliamente considerada como tratable. Los estudios muestran entre un 5 y un 25 por ciento de prevalencia, pero las diferencias metodológicas de esos estudios hacen que la verdadera tasa de prevalencia no esté clara.

En recientes estudios se ha demostrado una asociación entre la aparición de depresión en mujeres de edad avanzada y un aumento de la mortalidad (por diferentes causas, principalmente por accidentes vasculares cerebrales).

2.11. LA DEPRESIÓN EN LOS VARONES

Aunque la prevalencia global es inferior entre los varones, la tasa de suicidio consumado en ellos es cuatro veces más alta que en las mujeres. Sin embargo, los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años.

La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Algunos estudios indican que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria en ambos sexos. Sin embargo, sólo en el varón se eleva la tasa de mortalidad debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo.

2.12. LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ

El inicio clínico de la depresión en el anciano puede cursar con una pobre alteración del estado de ánimo. Incluso puede aparecer enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, alteraciones de la memoria, insomnio, síntomas somáticos, ansiedad o irascibilidad. Puede simular un cuadro de demencia senil, hablándose entonces de pseudodemencia depresiva.

Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto natural de esa etapa de la vida. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, provoca un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Cuando la persona de edad avanzada acude con el médico, puede describir únicamente síntomas físicos. Esto ocurre porque el anciano puede mostrarse reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona anciana 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 se prolonga por mucho tiempo.

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de la salud. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. También los profesionales detectan mejor los síntomas depresivos que se deben a efectos secundarios de medicamentos que el anciano está tomando, o debido a una enfermedad física concomitante. Si se elabora 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 (terapia a través de charlas que ayudan a la persona en sus relaciones cotidianas, y ayudan a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente que generalmente acompañan a la depresión) es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores. La psicoterapia también es útil cuando los pacientes ancianos no pueden o no quieren tomar medicamentos. Estudios realizados acerca de la eficacia de la psicoterapia demuestran que la depresión en la vejez puede tratarse eficazmente con psicoterapia.

2.13. LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA

La existencia de trastornos depresivos en la infancia comenzó a abordarse en la literatura médica a partir de la década de los años setenta.

La depresión en la niñez se empezó a reconocer sólo en los años 70. El diagnóstico se acoge a los mismos criterios que en el caso de los adultos, aunque la sintomatología puede ser algo más confusa. Su prevalencia en la infancia es del 1-2 por ciento y, en la adolescencia, del 4-5 por ciento.²⁴ El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar a ir a la escuela, juega menos o deja de hacerlo, expresa el deseo de no querer separarse de los padres o tiene miedo de que uno de los padres se muera. En la primera infancia pueden desarrollar síntomas atípicos como somatizaciones difusas, trastornos alimenticios, enuresis, etc. El adolescente puede expresar mal humor, disminuir el rendimiento escolar, presentar conductas desafiantes o presentar brotes de irritabilidad. En ocasiones expresa el trastorno anímico con el desarrollo de conductas de riesgo (consumo de sustancias psicotrópicas, comportamientos parasuicidas, etc.). 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 notorio que preocupa a los padres, o el maestro menciona que el "niño no parece ser el mismo". En esos casos puede sospecharse un trastorno depresivo.

El Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) ha identificado el uso de medicamentos para la depresión en niños como un área importante de investigación. Las Unidades de Investigación en Psicofarmacología Pediátrica (Research Units on Pediatric Psychopharmacology, RUPP), respaldadas y financiadas por el NIMH, conforman una red de siete centros de investigación donde se llevan a cabo estudios clínicos. Estos investigan la eficacia de medicamentos usados para tratar varios trastornos mentales en niños y adolescentes. Entre los medicamentos en estudio, se cuentan algunos antidepresivos que han demostrado ser efectivos en el tratamiento de niños con depresión. No obstante, los

estudios controlados referidos al tratamiento farmacológico de la depresión infantil son escasos y sus resultados, en general, ambiguos y, en muchos casos, polémicos.

2.14. ORIGEN POR MOTIVO GENÉTICO O POR CAUSAS AMBIENTALES.

Un informe de Psychology Today sobre la búsqueda del origen genético de la depresión afirma: “Los datos epidemiológicos disponibles sobre las principales enfermedades mentales dejan claro que las causas no son únicamente genéticas”. El informe da el siguiente ejemplo: “De los estadounidenses nacidos antes de 1905, el 1% padecía depresión a los 75 años de edad. De los que nacieron medio siglo después, un 6% padecía depresión a los 24 años de edad”. De ahí que el estudio concluya que un cambio tan espectacular en un espacio de tiempo tan breve solo puede deberse a factores externos o sociales.

2.15. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, farmacológicas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico, cuando se cumplen los criterios establecidos más arriba.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio. Quien diagnostique también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y, si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?

Actualmente tienen competencias en este diagnóstico los psiquiatras (licenciados en medicina, especializados en psiquiatría), psicólogos clínicos (licenciado o grado en

psicología, especializado en psicología clínica) y en España, según el sistema universitario previo a los grados, también tienen competencias en ello los licenciados en psicología.

Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la Escala de Depresión de Yesavage, la Escala de Depresión de Zung, el Inventario de Depresión de Beck, el Test de Depresión de Goldberg o el Test de Depresión de Hamilton. Algún estudio ha evaluado incluso la eficacia de dos simples preguntas para un diagnóstico rápido de elevada fiabilidad.

Desde la terapia de conducta el objetivo del diagnóstico está en realizar una evaluación individual, cuyos datos permitirán el diseño individual de tratamiento y controlar dicho proceso. Los cuestionarios no serían usados para comparar distintos sujetos o para comprobar si alcanza una determinada puntuación. Sino que permiten comparar la puntuación antes y después del tratamiento, como una medida de control sobre las variables psicológicas en cuestión.

2.16. TRATAMIENTO

Independientemente de que se llegue a un diagnóstico fino del tipo de trastorno depresivo, si la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del paciente, o una disminución de su capacidad funcional en cualquiera de sus esferas (social, laboral, etc.) se considera adecuada la instauración de un tratamiento. El fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como restaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio-laborales y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos.

Los psiquiatras tienen competencias en recetar medicamentos. Los psicólogos (y la persona específicamente formada en ello, por ejemplo mediante un máster) tienen competencias en psicoterapia u otras formas de intervención psicoterapéutica desde la modificación de

conducta y terapia de conducta (véase psiquiatría y psicología). En ambos casos, dependiendo del diagnóstico del paciente (según el modelo médico) y de la gravedad de los síntomas (muy especialmente en la terapia de conducta)

Según la revista científica *Psicothema*, que realizó una revisión en el año 2001, concluyó que tan sólo en el trastorno bipolar y esquizofrenia resultaba mejor tratamiento el farmacológico que el psicológico. Es decir, para el resto de trastornos revisados en este artículo algunas psicoterapias muestran experimentalmente mejores resultados que el psicofarmacológico. No hay datos tan claros sobre la combinación de ambos tratamientos.

2.17. FARMACOLÓGICO

2.17.1 ANTIDEPRESIVOS.

El tratamiento con antidepresivos es el único que ha demostrado una evidencia significativa de efectividad en depresiones mayores (graves) y en depresiones psicóticas (solos o en combinación con psicoterapia. Recuérdese que "grave" refiere a un diagnóstico clínico, no al uso coloquial del término). Para el resto de depresiones, la psicoterapia se ha mostrado más eficaz que el tratamiento farmacológico.

De hecho, cuando determinados problemas personales como aislamiento, falta de apoyo, déficits en habilidades sociales, determinadas creencias... están relacionadas con la depresión, su tratamiento con antidepresivos tiene una alta tasa de recaída a los pocos años.

No se han evidenciado diferencias entre la eficacia de los diferentes tipos de antidepresivos, cuyas principales diferencias estriban más en el tipo de efectos secundarios que pueden provocar. En general, los pacientes presentan mejor tolerancia a los modernos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina que los clásicos antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos.

La decisión de emplear uno u otro se basa en criterios como la buena respuesta a un fármaco determinado en episodios previos o en familiares de primer grado, la tolerancia a los posibles efectos secundarios, las interacciones posibles con el tratamiento habitual del

paciente, el precio o la existencia de alguna contraindicación relativa, por la presencia de otra enfermedad.

Hay que tener en cuenta que el efecto antidepresivo tarda unas dos semanas en aparecer, aumentando progresivamente hasta su pico de máxima eficacia en torno a los dos meses. Aún no es conocido del todo porqué tarda este periodo.

Los principales grupos de fármacos antidepresivos son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la enzima monoamino-oxidasa (IMAO), aunque se están incorporando nuevos grupos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (como la venlafaxina) o los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (reboxetina). En mayor o menor grado, todos ellos pueden presentar algunos efectos secundarios, principalmente sequedad de boca, estreñimiento, mareos, náuseas, insomnio o cefalea, siendo los de las últimas generaciones los mejor tolerados.

El tratamiento con antidepresivos debe mantenerse durante seis a doce meses, para evitar el riesgo de recaídas, aunque el efecto completo puede conseguirse al mes del inicio del tratamiento. Hay que tener en cuenta que la causa más frecuente de respuesta terapéutica débil es una mala cumplimentación del tratamiento indicado (abandonos, olvidos, etc.). En torno al 25 por ciento de los pacientes abandonan el tratamiento en el primer mes, un 44 por ciento en el primer trimestre, y un 60 por ciento de los pacientes dentro de los seis meses iniciales.

Recientemente se han publicado resultados que hacen pensar que la fluoxetina (Prozac) no es en realidad un medicamento tan efectivo contra la depresión como se había anunciado y creído (debido a lo que parece haber sido una manipulación comercial de los datos científicos presentados inicialmente).

2.18. PSICOTERAPIA

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Ayudan a los pacientes a analizar sus

problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estos diálogos se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión como causa y consecuencia (mantenedores

La última revisión sistemática sobre el tema, de Hollon y Ponniah (2010), indica que existen tres psicoterapias que han demostrado ser eficaces y específicas para el tratamiento de la depresión, que son la psicoterapia interpersonal, la psicoterapia cognitiva y la psicoterapia conductual. Otras formas de psicoterapia como la psicoterapia dinámica breve y la focalizada en la emoción, se consideran posiblemente eficaces, aunque necesitan más estudio.

En los cuadros depresivos severos, para obtener mejores resultados (en especial los que son recurrentes) por lo general se requieren medicamentos, y ocasionalmente se indica terapia electroconvulsiva (TEC) en condiciones especiales, al lado de una psicoterapia, o antes de ella. No obstante, la terapia electroconvulsiva es cada vez menos practicada en el mundo.

2.19. PSICOTERAPIA INTERPERSONAL

La psicoterapia interpersonal parte de la idea de que la depresión está provocada por muchas causas pero que se da en un contexto interpersonal, y entender ese contexto es básico para poder recuperarse de la depresión y evitar recaídas futuras.

Este tratamiento se hace en 16 sesiones de 1 hora, que comprenden tres fases. En la primera fase (1ª-3ª), el terapeuta explica en qué consiste la depresión y estudia con el paciente el entorno y el momento en que apareció. En la segunda fase (4ª-12ª), se establece un tema de

conversación (o área problema) que está relacionada con el inicio o el mantenimiento de la depresión. Hay 4 temas: la no superación de la muerte de un ser querido (duelo complicado), el conflicto con un ser querido (disputa de rol), el bloqueo para adaptarse a un cambio vital (transición de rol) o la carencia de relaciones con los demás (déficit interpersonal). Durante esta fase se dialoga con el terapeuta para llegar a superar la pérdida del ser querido, resolver el conflicto, adaptarse al cambio o mejorar las relaciones con los demás. En la tercer fase (13ª-16ª), se revisan los logros y se despiden terapeuta y paciente.

2.20. TERAPIA COGNITIVA

La terapia cognitiva parte de la idea de que la depresión se produce por una alteración en la forma de pensar, que a su vez afecta a la forma de sentir y de comportarse. El terapeuta ayuda al paciente a analizar los errores que hay en su pensamiento (lo que se llaman distorsiones cognitivas) para que el paciente piense de una forma más realista, que le ayude a sentirse mejor y a tomar decisiones para resolver sus problemas. El terapeuta suele mandar tareas para casa y experimentos para que el paciente ponga a prueba su forma de pensar.

2.21. TERAPIA CONDUCTUAL

Bajo el término de terapia conductual, se incluyen distintas formas de tratamiento que tienen en común el análisis de la conducta del paciente. Se le ayuda al paciente a programar actividades gratificantes y a organizar su tiempo. También se le ayuda a ser más asertivo y más sociable, utilizando para ello el juego de rol y ayudándole a exponerse a situaciones sociales que suele evitar por miedos diversos.

2.22. PSICOTERAPIAS PSICODINÁMICAS BREVES

La psicoterapia psicoanalítica elabora estrategias de afloramiento del yo intrapsíquico, oculto en el inconsciente del paciente, y origen de la sintomatología. El trastorno depresivo se expresaría como resultado de la pugna entre los mecanismos de defensa del paciente y sus impulsos. Las técnicas de psicoterapia psicodinámica breve pretenden investigar y alumbrar esos conflictos para su resolución en la esfera consciente, a través **Otros tratamientos: TEC, TMS, luminoterapia, herbolaria**

La terapia electroconvulsiva (TEC o "electroshock") se ha empleado en ocasiones en pacientes con depresión grave y en situaciones en las que los pacientes que no podían tomar antidepresivos. La TEC puede ser efectiva en casos en que los medicamentos antidepresivos no proporcionan un alivio suficiente. En los últimos años la TEC se ha perfeccionado mucho. Antes de administrar el tratamiento, que se hace bajo anestesia de duración breve, se administra un relajante muscular. Se colocan electrodos en sitios precisos de la cabeza, para enviar los impulsos eléctricos. La estimulación ocasiona una convulsión breve (aproximadamente 30 segundos) dentro del cerebro. La persona que recibe TEC no percibe conscientemente el estímulo eléctrico. Para obtener el máximo beneficio terapéutico, se requieren varias sesiones de TEC, usualmente programadas con un promedio de tres por semana de un número limitado de sesiones.

2.23. LA ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEANA –EMT-

Transcranial Magnetic Stimulation, TMS (por sus siglas en inglés) es uno de los tratamientos no farmacológicos más efectivos para el tratamiento de la depresión, alcanzando hasta más de 80% de efectividad en pacientes resistentes. Consiste en la aplicación de un equipo de neurofisiología en el cerebro para estimular las zonas afectadas. Es un tratamiento no invasivo, no quirúrgico, sino de aplicación, en un ámbito adecuado, con seguimiento y evaluación médica.

La luminoterapia o fototerapia presenta una eficacia científica probada en todo tipo de depresiones, muy especialmente en las depresiones ligadas a los cambios estacionales.

Fatiga, somnolencia excesiva, desánimo e irritabilidad pueden sorprender a una persona que durante la mayor parte del año lleva una vida normal y, cuando llegan los meses de frío, aprecia un cambio considerable en su carácter, independientemente de que exista o no una depresión leve o manifiesta el resto del año. Si la tendencia persiste y aumenta el desánimo a medida que los días se acortan, entonces es muy probable que esté padeciendo algún tipo de trastorno afectivo estacional (SAD, por las siglas, en inglés, de seasonal affective disorder). Las personas que padecen este tipo específico de depresión experimentan un estado de ánimo melancólico únicamente durante los meses de otoño e invierno, y su tristeza se abate sólo hasta que regresan la primavera y el verano.

En los últimos años, el uso de hierbas para el tratamiento tanto de la depresión como de la ansiedad ha generado un gran interés. La planta conocida popularmente como **hierba de San Juan** o **corazoncillo** o incluso **hipérico** (el nombre científico es *Hypericum perforatum*) es una hierba muy utilizada en Europa para el tratamiento de la depresión moderada, y ha captado recientemente la atención de los investigadores de todo el mundo. Ha sido usada durante siglos como parte de muchos remedios naturales y populares. En Alemania, el *Hypericum* se utiliza hoy día para el tratamiento de la depresión más que cualquier otro antidepresivo. Sin embargo, la eficacia de esta hierba no se ha aclarado porque los estudios científicos que se han llevado a cabo se realizaron únicamente a corto plazo y utilizaron dosis diferentes.

La FDA de los Estados Unidos hizo un anuncio oficial para la salud pública el 10 de febrero de 2000. En él se afirma que la hierba de San Juan parece actuar a través de unde las vías metabólicas usadas por otros medicamentos (algunos agentes anticonvulsivos). (www.depresion.psicomag.com/s.wikipedia.org)

2.24. ANTECEDENTES DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

La Unidad de Salud Mental se inaugura el 25 de Mayo del 2006 gracias a las gestiones de la Dirección de Salud de la Ciudad de Esmeraldas brindando a la comunidad esmeraldeña el servicio de salud mental preventivo profiláctico ambulatorio.

La Unidad de Salud Mental se encuentra estratégicamente ubicada en el centro de la ciudad en la avenida Libertad entre Espejo y Juan Montalvo, geográficamente no está definida por lo que su atención está abierta a toda la población esmeraldeña y sus pueblos aledaños que necesiten de sus servicios.

Esta unidad cuenta con Recursos Humano que permite brindar los servicios y actividades, su atención es de lunes a viernes a partir de las 8am hasta 4:30 los días martes su atención es solo para adolescentes y los siguientes días para las diferentes edades.

Cada día se reparten 12 tiques de los cuales 6 pacientes son de primera consulta los mismos que son atendidos por todos los profesionales de la unidad como: atención de Enfermería, Médico General, Trabajadora Social, Psiquiatría y Psicología los 6 turnos restantes se entregan a pacientes subsecuentes los mismos que serán atendidos solo por el médico que les ha citado a la siguiente consulta.

2.25. OBJETIVO GENERAL DE LA USME

Brindar atención primaria en salud mental de manera integral a la población esmeraldeña.

2.26. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Fortalecer el modelo de atención integral y comunitaria.
- Educar a la población para que mejore sus hábitos de vida.
- Proporcionar servicios de salud de calidad y calidez, a los grupos vulnerables de mayor riesgo.



2.27. ACTIVIDADES QUE BRINDA LA UNIDAD DE SALUD MENTAL.

- Admisión (apertura de historia clínica)
- Preparación del paciente: pre y post consulta
- Valoración Clínica
- Valoración Psiquiátrica
- Valoración Psicológica
- Informe socioeconómico de Trabajo social
- Farmacia - movimiento de fármacos
- Investigación en Salud Mental, aplicación Test de Stot.
- Intervención en educación al personal docente y estudiantes de las diferentes escuelas y colegios de la Provincia.
- Talleres educativos a las familias de los usuarios demandantes
- Desarrollo de plan de intervención a las personas que deambulan por la calle con trastornos mentales

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPOS DE ESTUDIOS

3.1.1. ANALÍTICO

Se analizó de forma sistemática dirigida y organizada los factores que inciden en el apareamiento de los trastornos depresivos en pacientes que son atendidos en la Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas.

3.1.2. DESCRIPTIVO

Por medio de este estudio se logró verificar cual es la disposición para los trastornos depresivos en hombres y mujeres de 14 – 30 años como: muerte de un ser querido, violaciones, nivel socio económico, enfermedades crónicas y otras complicaciones que se pueden manifestar de una forma en hombres y mujeres.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 CUALITATIVO

El objetivo de esta investigación fue recolectar datos por medio de encuestas, entrevistas y visitas domiciliarias al paciente, familiares y al equipo de salud; se les realizó encuestas para conocer la atención que se brinda a los pacientes que se mantienen en la Unidad de Salud Mental, las cuales permitieron conocer los antecedentes personales y el inicio de los trastornos depresivos de los pacientes.

3.2.2. CUANTITATIVO

Posterior a la ejecución de la investigación, se logró obtener datos numéricos relevantes, los cuales facilitaron la interpretación para el lector mediante la aplicación de datos estadísticos por medio de la representación gráfica, diferenciando porcentajes en cuanto al número de casos de las diferentes variables de los pacientes con depresión que se presenten en la Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas.

3.3. TIPO DE DISEÑO

3.3.1 TRANSVERSAL

Este tipo de diseño permitió recolectar datos en un periodo de tiempo, ya que esta investigación requirió de la recopilación de datos de los pacientes atendidos con trastornos depresivos en la Unidad de salud mental de la Ciudad de Esmeraldas durante el primer semestre del año 2012

3.4. AREA DE ESTUDIO

El lugar más factible donde se pudo recoger los datos de manera específica, fue la Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas.

3.5. UNIVERSO

Se manejó tres tipos de universo:

- El 100% de los pacientes de 14 – 30 años de edad con diagnóstico de enfermedades depresivas atendidos de enero a junio del 2012 en la Unidad de Salud Mental (50).

- El 100% de los de los profesionales que trabajan en la Unidad de Salud Mental (6).

- El 100% de familiares de los pacientes con diagnóstico de enfermedades depresivas atendidos de enero a junio del 2012 en la Unidad de Salud Mental (50).

3.6. MUESTRA

La muestra se obtuvo del 50% de los pacientes atendidos durante el año 2012 en la Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas.

3.7. TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- **ENCUESTA:** Estuvo dirigida a los familiares de los pacientes que padecen enfermedades mentales atendidos en la Unidad de salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas y a los profesionales de la Institución, obteniendo datos específicos para ejecutar un mejor análisis de la problemática existente.

- **REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.-** Mediante la revisión de la historia clínica se obtuvo datos que permitieron conocer los antecedentes clínicos (datos

personales, antecedentes patológicos familiares, evolución y tratamiento de la enfermedad).

- **OBSERVACIÓN:** La observación fue una técnica fundamental en el cual se describieron los cambios físicos y específicos del paciente partiendo de las características como, estado de ánimo, actitud, signos y síntomas, los cuales constituirán el éxito de la indagación para poder determinar una correlación entre las variables resultantes de este estudio.

3.8. INSTRUMENTO

CUESTIONARIO

- **EL PRIMERO.-** Encaminado al personal de salud, el cual constó de 8 preguntas de tipo cerradas con opciones de respuesta múltiples, las mismas que permitieron conocer el tipo de tratamiento y terapia que se les brinda a los pacientes con trastornos depresivos en la Unidad de Salud Mental.
- **EL SEGUNDO.-** Dirigido a los familiares con pacientes depresivos, el mismo que consta de 10 preguntas tipo cerradas con opciones de respuestas múltiples, las mismas que permitió conocer la actitud de los familiares hacia sus parientes con trastornos depresivos.
- **EL TERCERO.-** Dirigido propiamente a los pacientes, el cual consta de 11 preguntas tipo cerradas las mismas que permitió conocer el desenvolvimiento y el estado depresivo en el que se encontraban los pacientes que asisten a la Unidad de Salud Mental.

- **GUIA OBSERVACIÓN DEL PACIENTE.**

La guía de observación fue una técnica fundamental en la cual se describieron los cambios físicos y específicos y al mismo tiempo la actitud y desenvolvimiento del paciente durante el tratamiento y periodo de la investigación.

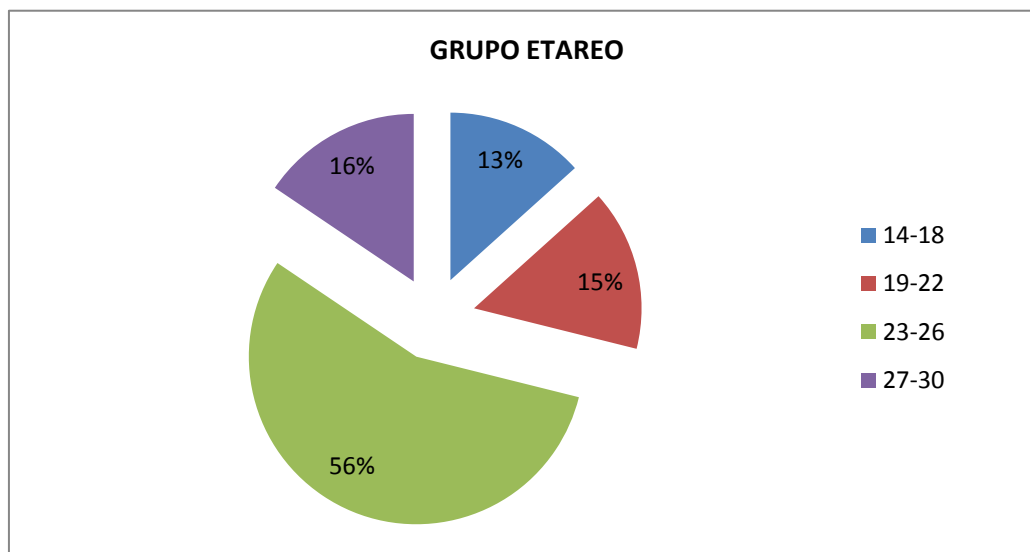
Se realizó una guía la cual consta de 5 ITEMS que permitió observar la conducta y el estado en el que se encontraba el paciente.

3.9. PRESUPUESTO

MATERIALES	UNIDAD	CANTIDAD	TOTAL
ESFEROS	0.50	3	1.50
MARCADORES	1.00	6	6.00
PAPELOGRAFOS	0.25	10	2.50
CORRECTOR	1.50	1	1.50
BORRADOR	0.25	2	0.50
COPIAS DE ENCUESTAS	0.15	100	15.00
IMPRESIONES DE FOLLETOS	0.25	50	
SACAPUNTA	0.15	2	0.30
REFRIGERIO	1.00	50	50.00
FOTOS	0.75	20	
INPRESION DE ANTE PROYECTO	10.00	6	60.00
EXAMENES COMPLEXIVOS	208.33		208.33
MATRICULA	120.44	2	240.88
PROYECTO DE GRADO	797.77	1	797.77
IMPRESIÓN DE TESIS	30.00	1	30.00
PASAJES	2.00	2 MESES	123.00
EMPASTADO	5.00	1	5.00
RESMA DE PAPEL	5.00	1	5.00
TOTAL			1.450

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES SEGUN EL GRUPO ETAREO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012

GRÁFICO#1



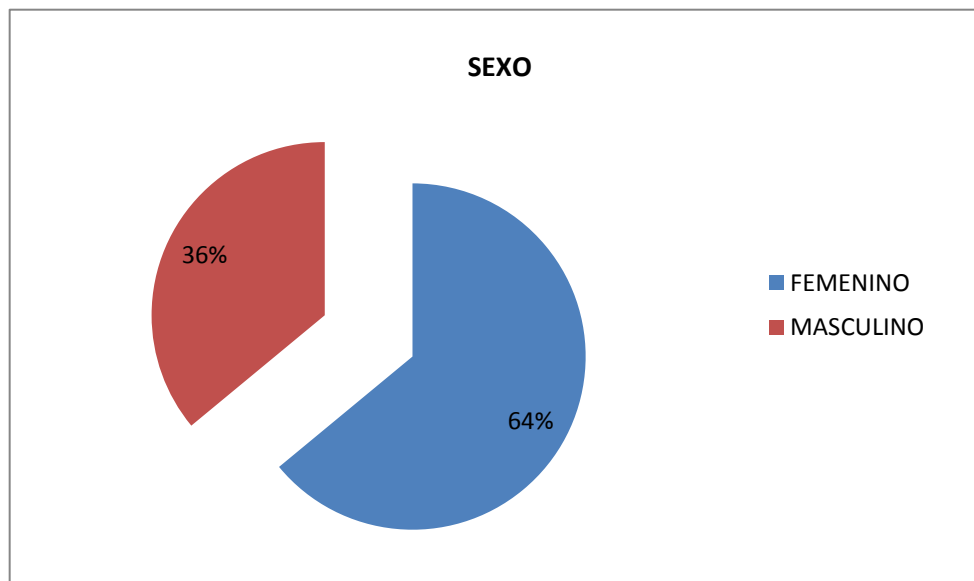
ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Según los datos obtenidos de dicha investigación en la USME el grupo etáreo con mayor incidencia de sintomatologías con trastorno depresivo los encontramos en los jóvenes adultos de 23-26años con un 56%, recalcando, que en situaciones son más afectados cuando llegan a cierta edad y no tiene una vida realizada dentro de lo social y económico los conlleva a recaer en una depresión, seguido de un mínimo con el 13% en adolescentes de 14-18años que aparentemente son menos susceptibles para presentar dicha patología.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES SEGUN EL SEXO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012

GRÁFICO #2



ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño

FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas

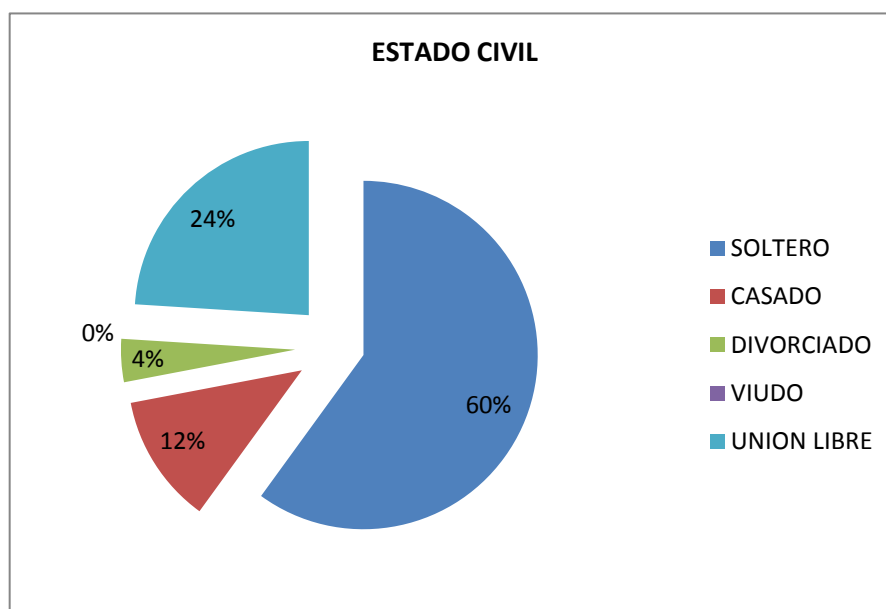
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Según los datos obtenidos de esta investigación nos indica que el género más vulnerable para ser atendidos con un trastorno depresivo en la USME durante el primer semestre de este año son de sexo femenino con un 64% siendo así, diferentes factores como: sociales, relación intrafamiliar y algunas patologías predisponentes para incrementar la vulnerabilidad en mujeres y de la misma forma desarrollar cualquier trastorno psiquiátrico, a diferencia del 36% del género masculino que por lo general son pocos los pacientes que asisten por una atención refiriendo que no necesitan atención medica o en tal caso que ellos no están locos para asistir a la unidad.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES SEGUN EL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012

GRÁFICO #3



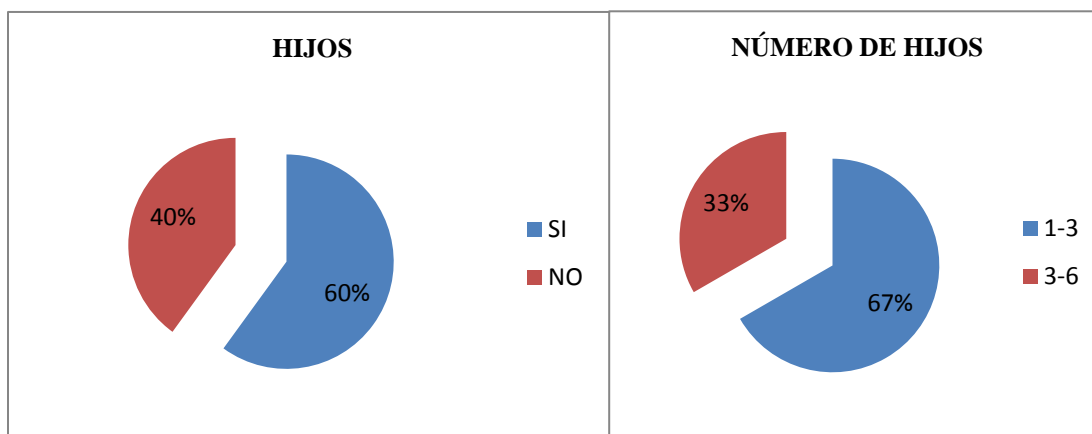
ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

De acuerdo a la investigación realizada en la USME no importa raza, sexo o más si es el estado civil para adquirir una enfermedad mental y más aun si se trata de un trastorno depresivo; y es por ello que el 60% de estos pacientes son solteros ya que al llegar a una determinada edad relacionan mucho su estado civil cayendo en un total abatimiento pensando que ya no formaran un hogar o en tal caso aun son dependientes de sus familiares, ocupando un segundo lugar con el 24% las personas que conviven en unión libre ya que se sienten inseguras de sus relaciones.

DISTRIBUCION EN PORCENTAJES DE LOS HIJOS Y NÚMERO DE LOS MISMOS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012

GRÁFICO #4



ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño

FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas

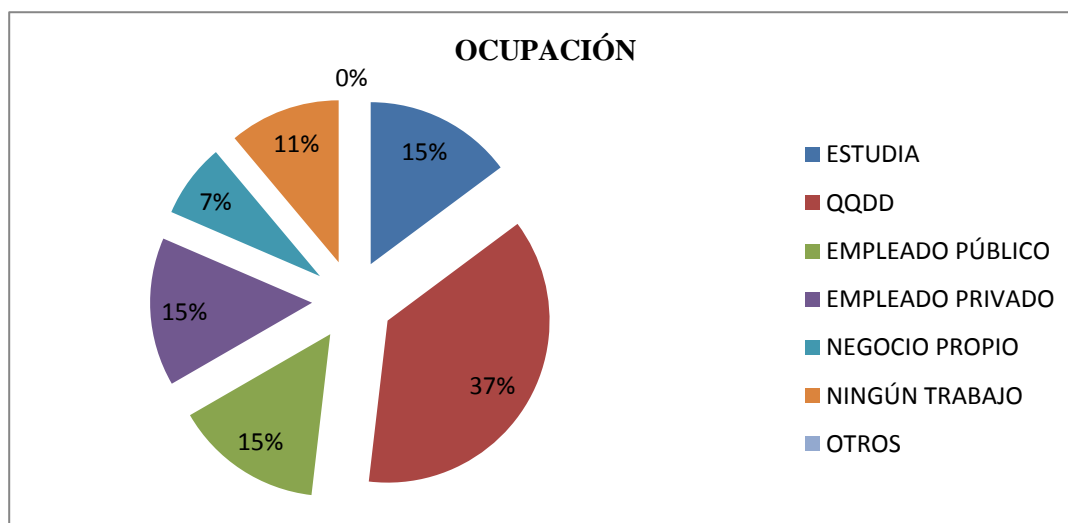
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Según la investigación realizada en la Unidad de Salud Mental los pacientes atendidos en la misma conviven con sus hijos ya sean estos en un hogar nuclear o disfuncional, manifestando así que el 60% de estos pacientes tienen un número de hijos dentro de 1-3 o hasta de a 3-6 hijos siendo así una gran cantidad de los mismos ya que en muchas ocasiones el estrés del trabajo, la pareja y la casa no es fácil de sobrellevar y más si no se tiene el apoyo deseado del conviviente manifestando esto como la causa principal de un trastorno depresivo en las madres por lo general, ya que son ellas las principales en sobrellevar el hogar siendo madre y padre para sus hijos.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES SEGÚN LA OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012

GRÁFICO # 5



ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño

FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas

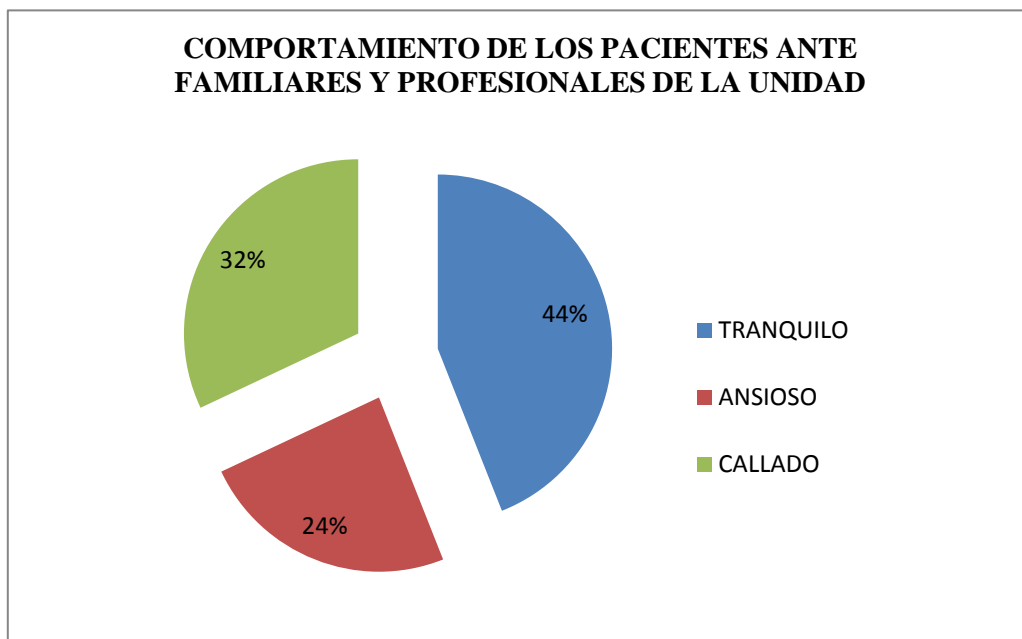
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Esta investigación permite la fácil interpretación de las diferentes labores que realizan los pacientes que asisten a la unidad por un trastorno depresivo, presentando así que en el caso de las mujeres el 37% realizan labores domésticas, trabajo que, para estas paciente no es satisfactorio ya que les gustaría realizar otras actividades que les permita sentirse más útiles o si laboran para un hogar ser mejor remuneradas, y ocupando un 15% los que tienen un negocio propio manifestando las diferentes deudas que tienen que cubrir para seguir manteniendo el hogar y el mismo causándoles desesperación y ansiedad y de la misma forma sentirse deprimidos.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES SEGÚN EL COMPORTAMIENTO DE LOS PACIENTES ANTE LOS FAMILIARES Y PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012

GRÁFICO # 6



ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño

FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas

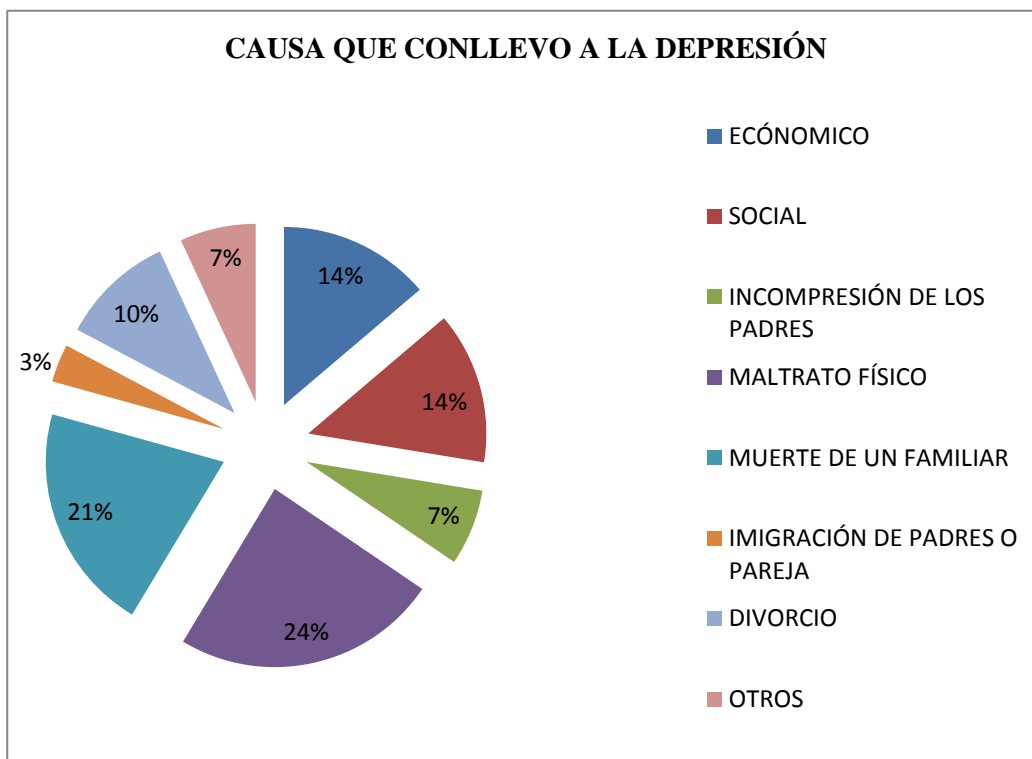
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Según las encuestas realizadas y las visitas domiciliarias a los pacientes con trastorno depresivo nos indica que el 44% de los pacientes tienen una vida cotidiana tranquila independientemente del nivel de depresión que presenten tanto en la unidad, domicilios y en sus lugares de trabajo, mediante los pacientes sigan el régimen del tratamiento su vida es normal solo cuando dejan el tratamiento empiezan a presentar irritabilidad y ansiedad, seguido de un 32% en pacientes introvertidos que prefieren mantenerse aislados o simplemente sujetarse al silencio.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES SEGÚN LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012

GRÁFICO #7



ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

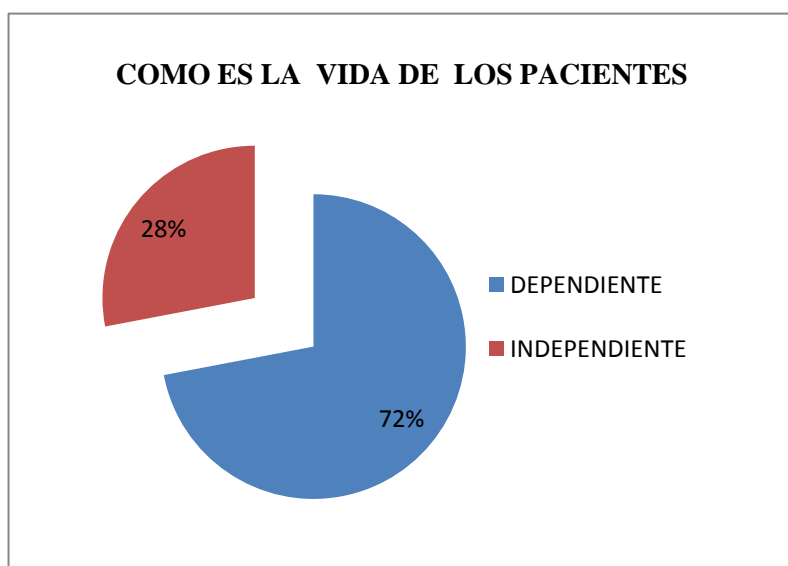
ANÁLISIS

Datos de la investigación demuestran que son muchos los factores que conllevan a la depresión, siendo el maltrato familiar la principal causa con un 24% revelando esta situación como la vida diaria de muchos individuos y principalmente de pacientes que asisten a la USME, los maltratos que presentan estos pacientes son maltratos físico, psicológica y sexual por parte de miembros de sus familiares como de la pareja cayendo en un total estado depresivo, seguido de un 21% por la muerte de un ser querido, ya que para muchas personas es difícil superar este duelo que suele sobrepasar los 3 años y más,

teniendo que ser tratado por un profesional, el 14% está relacionado al ámbito social y el nivel económico es así efectivamente los primordiales

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES SEGÚN LA DEPENDENCIA O INDEPENDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012.

GRÁFICO # 8



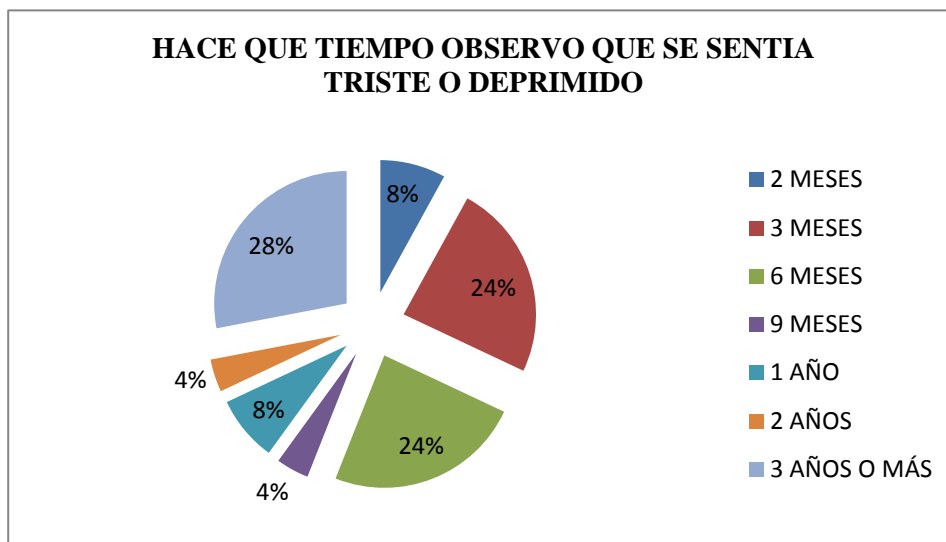
ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Este estudio permite analizar que el 72% de los pacientes con trastornos depresivos de una forma u otra dependen de alguien ya sea en sus hogares a través de sus padres, parejas o cualquier otro familiar cercano, ya que de una forma u otra esta dependencia afecta directa o indirectamente en la recuperación del paciente ya que ellos de esta forma no se sienten útil ante la sociedad mientras que el 28% de los pacientes son totalmente independientes o en ocasiones viven solos y esto también atribuye a que ellos tengan la necesidad de sentirse solos y a su vez a deprimirse.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES SEGÚN EL TIEMPO DE INICIO DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012

GRÁFICO # 9



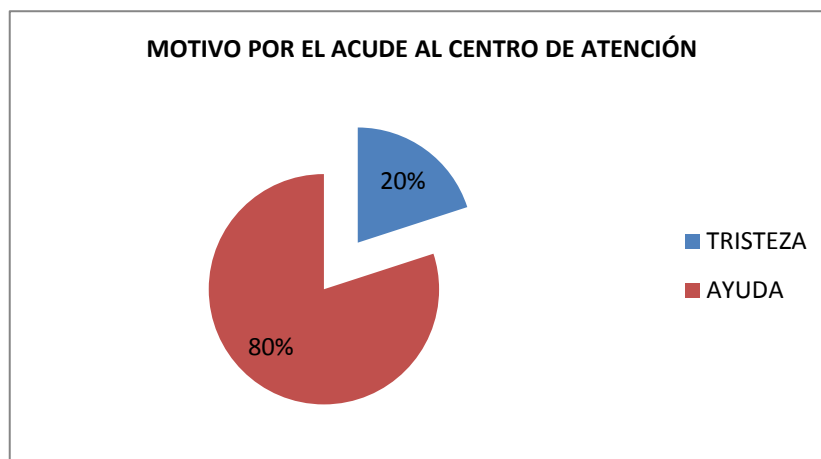
ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Según los datos obtenidos de esta investigación nos permiten identificar que el 28% de los pacientes presentan un trastorno depresivo hace más de 3 años, llevando a sus familiares a buscar ayuda de los profesionales de la unidad al verificar que es un trastorno que sin tratamiento no desaparece, seguido de un mínimo del 8% en pacientes que presentan un trastorno en un tiempo menos de 2 meses, ya que para decir que un paciente presenta un trastorno depresivo esta patología debe de estar por semanas, meses o años, mas no por días.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ACUDEN POR ATENCION LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012

GRÁFICO # 10



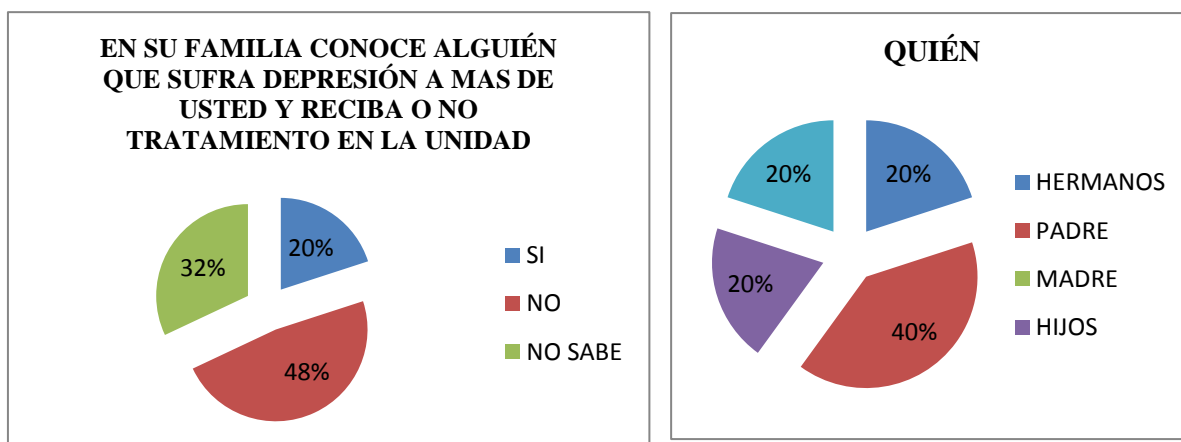
ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

La elaboración de esta investigación permite analizar que los pacientes con trastorno depresivo llegan a un estado que ellos ya no pueden controlar y que en algunas situaciones son los pacientes mismo que piden ayuda a sus familiares al sentirse muy tristes o desolados y al darse cuenta que por ellos mismos no pueden superar dicha situación y es por ello estas dos situaciones importantes que conlleva al paciente asistir a la unidad un 80% necesitan una ayuda urgente y en un 20% se encuentran en una tristeza profunda difícil de superar, sea la causa que sea.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TENGA O NO ALGUN FAMILIAR UN TRASTORNO DEPRESIVO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012

GRÁFICO # 11



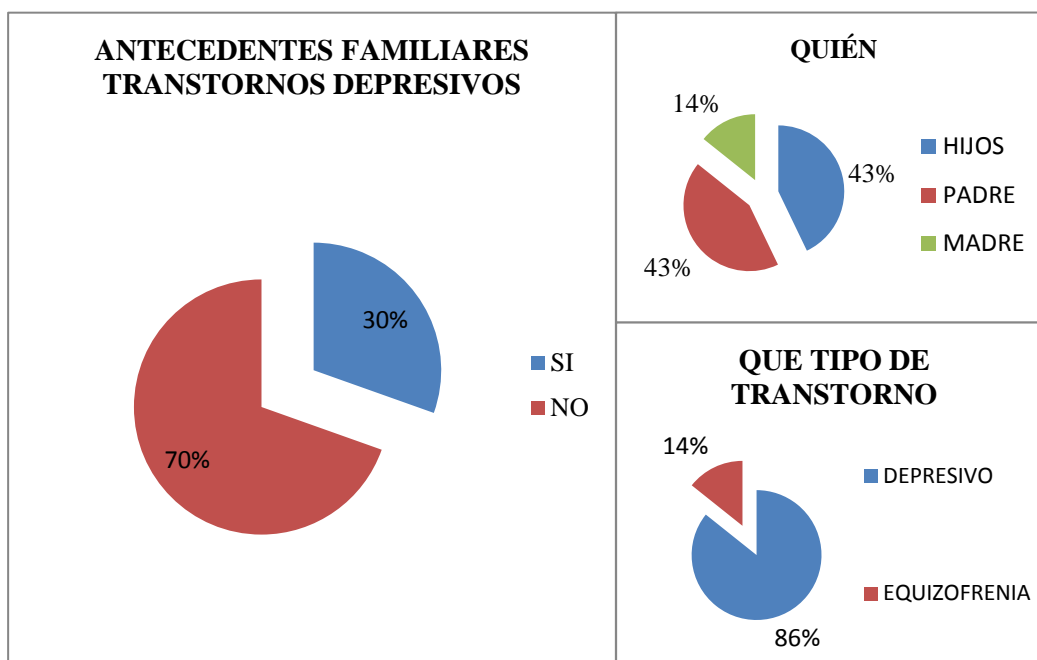
ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Según los datos de dicha investigación nos revela que el 48% de los pacientes no tienen familiares con trastornos depresivos a diferencia del 20% que si tienen y que en muchas ocasiones son por un factor hereditario, y es por esta razón que en esta investigación quisimos conocer quiénes de la familia del paciente presentaba el mismo trastorno, destacando que dentro de la misma se encontraba hermana, mamá, papá o hijos con depresión, claro que, cada uno con diferentes causas y no todos recibían el tratamiento ya que ellos lo abandonan y no quieren retomarlos según ellos por la cantidad de medicamentos que tienen que tomar.

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS SEGÚN LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012

GRÁFICO # 12



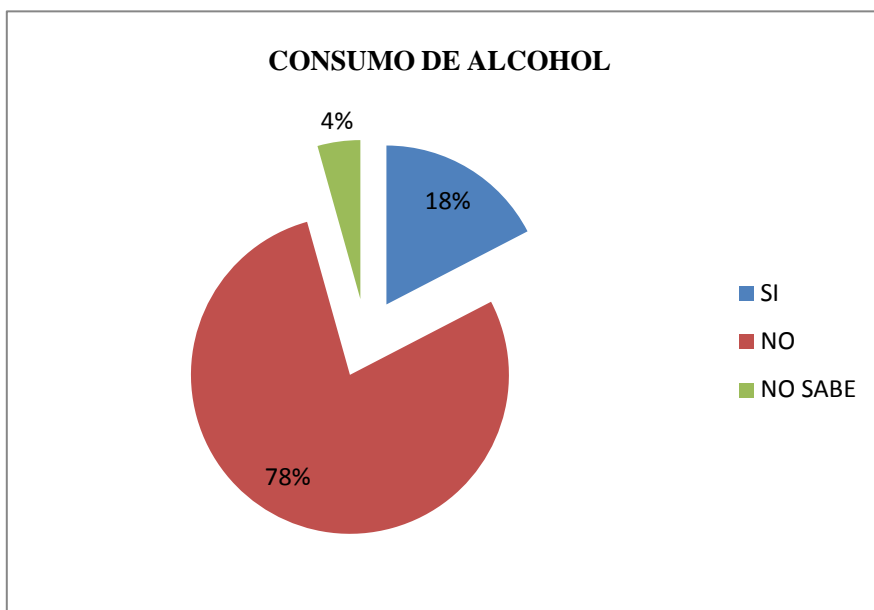
ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Según los datos estadísticos de esta investigación el 70% de los familiares no saben, o no conocen de alguien en la familia que haya tenido un trastorno depresivo, lo que nos indica que el 30% si tienen familiares con antecedentes del mismo a mas de otra patología mental como esquizofrenia ya que se pudo constatar mediante la revisión de las historias clínicas que los pacientes y familiares decían la verdad.

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS SEGÚN LOS HÁBITOS Y CONSUMO DE SUSTANCIAS QUE REFIEREN LOS FAMILIARES SOBRE LOS PACIENTES DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012.

GRÁFICO # 13



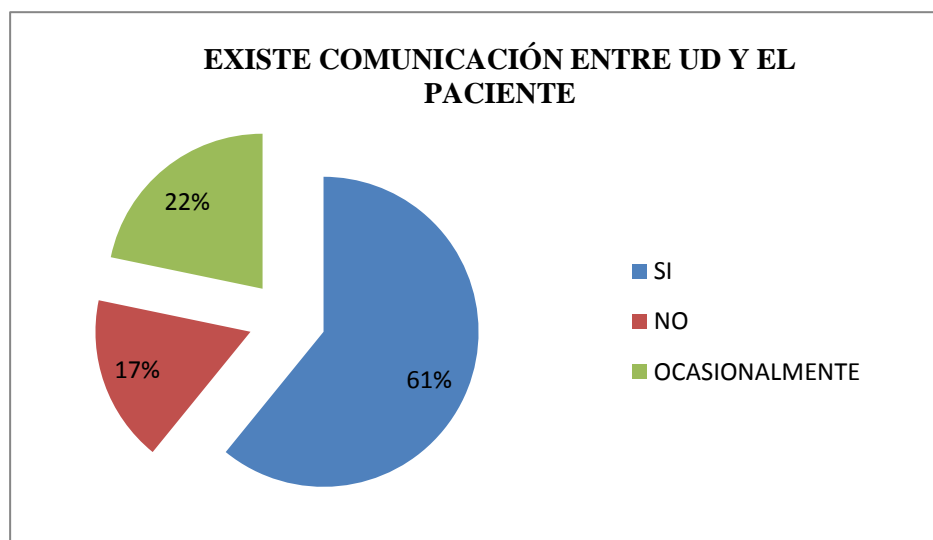
ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Según los resultados de esta investigación el 78% de los familiares de los pacientes no consumen ninguna sustancia que les conlleve a dicho trastorno, manifestando así que la causa que originó la depresión en los pacientes son otras, reportando así que el 18% si consumen diferentes medicamentos y alcohol dichos causales permiten el aumento de su trastorno depresivo siendo los mismos que hacen más difícil la recuperación del paciente, argumentando así que el principal tratamiento es la rehabilitación del consumo de dichas sustancias mas no de un trastorno depresivo.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES DE LAS ENCUESTAS REALIZADA A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS Y LA COMUNICACIÓN QUE EXISTE ENTRE LOS MISMO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012.

GRÁFICO # 14



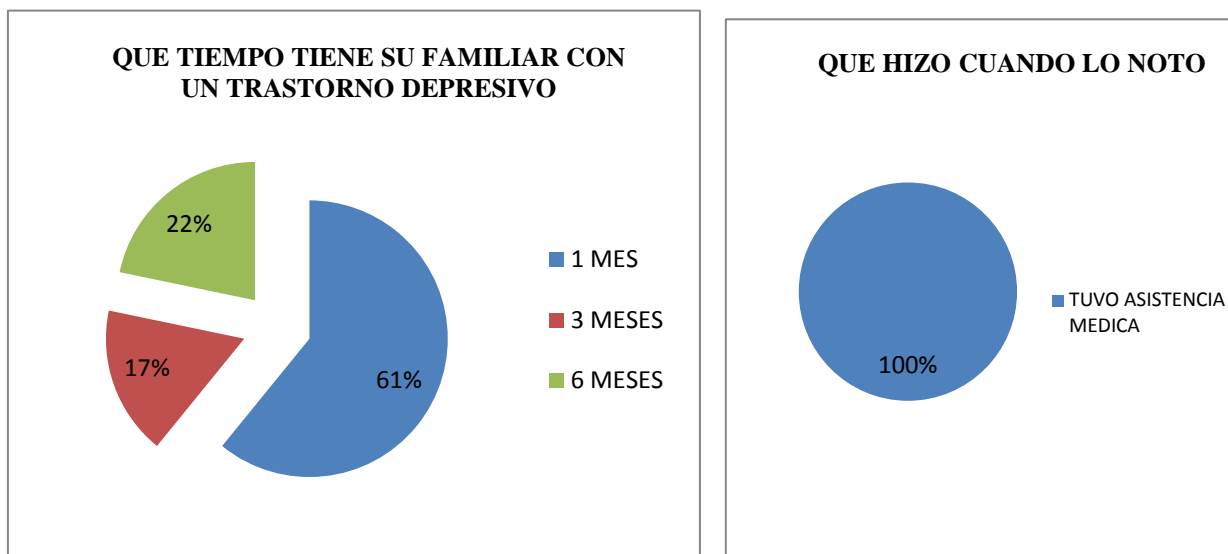
ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Según datos estadísticos de esta investigación nos refiere que el 61% de los familiares tienen una buena comunicación con sus pacientes a pesar del trastorno depresivo que ellos manifiestan, que en cierta forma ha servido para que haya acercamiento entre ellos ya que la familia se encuentra más unidas o en otras familias dicho trastorno es la desintegración de las mismas con un 22% de los familiares pocas veces tienen un diálogo, así vivan en el mismo hogar o se trate de realizar un acercamiento.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES SEGÚN REFIEREN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS Y EL TIEMPO DE INICIO CON TRASTORNO DEPRESIVO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012.

GRÁFICO # 15



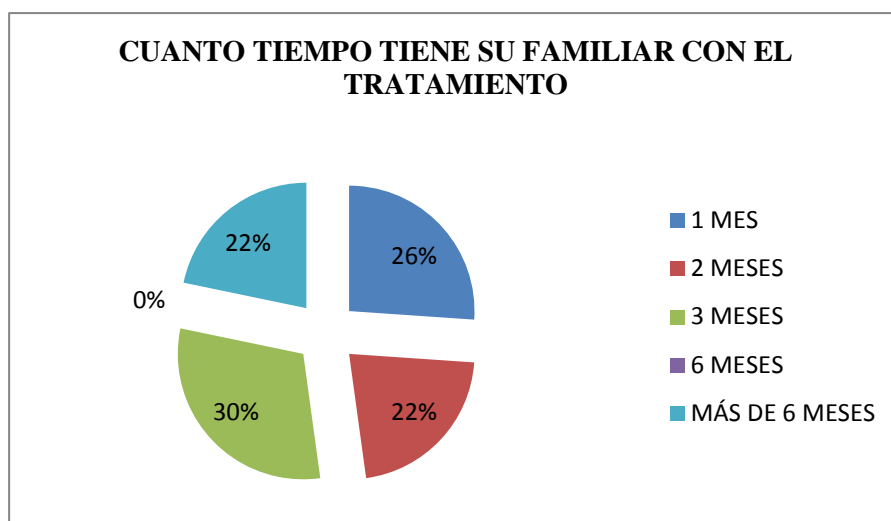
ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Dicha investigación nos permite analizar que el 61% de los familiares notan la diferencia del estado de ánimo de sus familiares hace aproximadamente un mes aunque no están seguros que sea desde ese tiempo que sus pacientes tengan un trastorno depresivo, los mismos que se contradicen con la respuesta del paciente, a diferencia del 22% de los familiares que manifiestan que los pacientes se encuentran deprimidos desde los 6 meses, los mismo que al notar dicho trastorno fueron llevados a la USME.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES SEGÚN EL TIEMPO DEL TRATAMIENTO QUE REFIEREN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012

GRÁFICO # 16



ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño

FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas

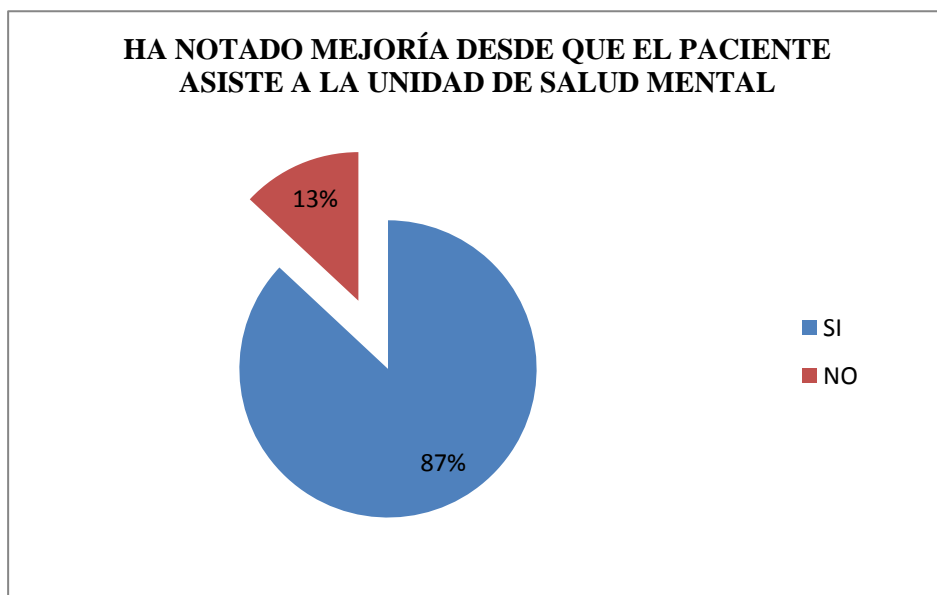
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Los datos estadísticos de dicha investigación nos indica que el 30% de los pacientes según sus familiares reciben un tratamiento por parte de los profesionales de la unidad hace 3 meses o un poco mas ya que dicha patología como se mencionó anteriormente por el mismo tiempo de duración del trastorno o su nivel del mismo es el tratamiento, lo mismo que nos indica que el 26% tienen atención desde aproximadamente un mes a diferencia del 22% que nos refiere de una atención hace más de 6 meses y dos meses

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES DE LAS ENCUESTAS REALIZADA A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS SEGÚN MEJORÍA DE LOS MISMOS DENTRO DEL TRATAMIENTO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012.

GRÁFICO # 17



ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño

FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas

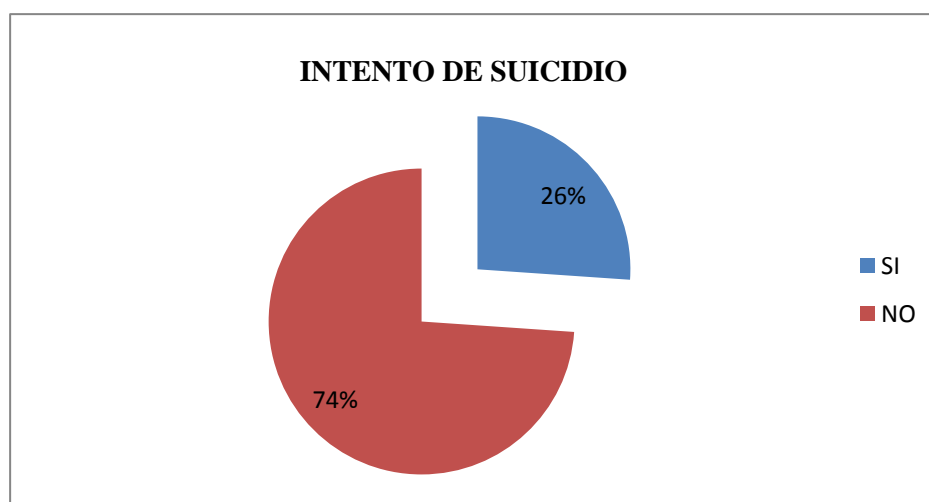
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Según los datos estadísticos de esta investigación el 87% de los familiares se sienten complacidos con la atención y el tratamiento que reciben sus pacientes ya que la mejoría de los mismos es satisfactoria siempre y cuando no abandonen el tratamiento o finjan tomarlo, a una diferencia mínima del 13% de los familiares que no se encuentran satisfechos o no ven recuperación de los pacientes ya que refieren que se hacen resistente al medicamentos o que son muchos o por último que no les ayudan en nada.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES A LOS FAMILIARES DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS SEGÚN LOS INTENTOS DE SUICIDIOS DE LOS PACIENTES DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012

GRÁFICO # 18



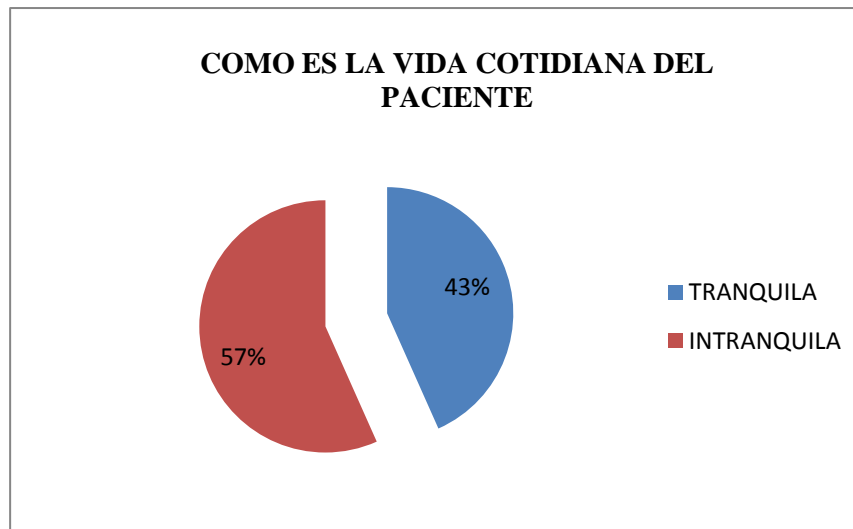
ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Según los resultados de esta investigación el 74% de los familiares refieren que sus pacientes no presentan ideas autolíticas o al menos no han observado ningún indicio o intentos de suicidio y menos aun escuchados, a diferencia del 26% de los pacientes según sus familiares si han tenido intentos de suicidios siendo esta idea las principal escapatoria que sosiega al individuo para liberarse de la ansiedad en la que se encuentra.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES DE LAS ENCUESTAS REALIZADA A LOS FAMILIARES DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS SEGÚN LO COTIDIANO EN SU DIARIO VIVIR DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012

GRÁFICO # 19



ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño

FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas

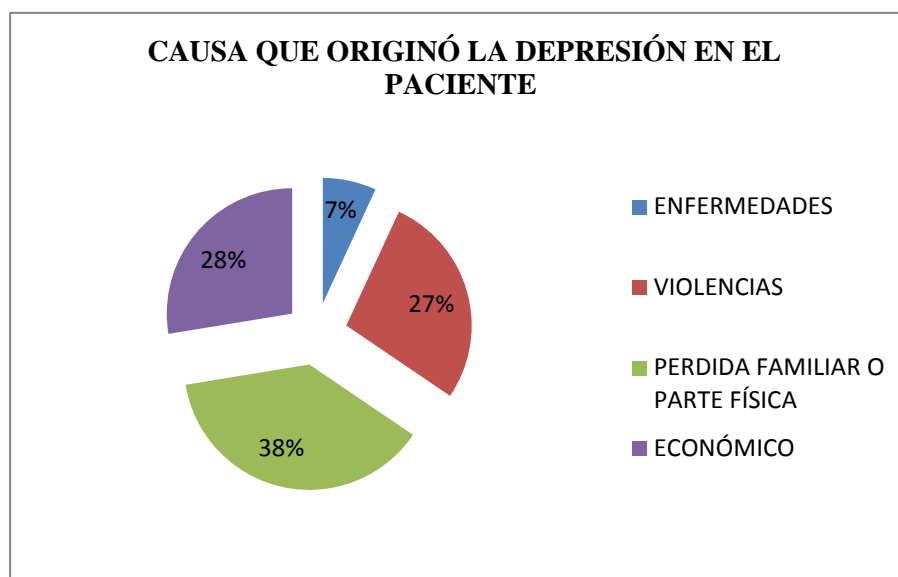
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Según los datos obtenidos de esta investigación el 57% de los familiares refieren que sus pacientes se desenvuelven en un ambiente intranquilos o ansiosos ya sea porque en ocasiones dentro del hogar se forman discordia entre la familia culpando al paciente por su estado depresivo y de la misma forma aislándolos, a diferencia del 43% de los familiares que manifiestan que sus pacientes llevan una vida tranquila a pesar del trastorno depresivo, porque todos en el hogar colaboran para que así sea y se sienta cómodo

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES DE LAS ENCUESTAS REALIZADA A LOS FAMILIARES DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS SEGÚN EL CONDICIONANTE QUE CAUSO LA DEPRESIÓN DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012.

GRÁFICO # 20



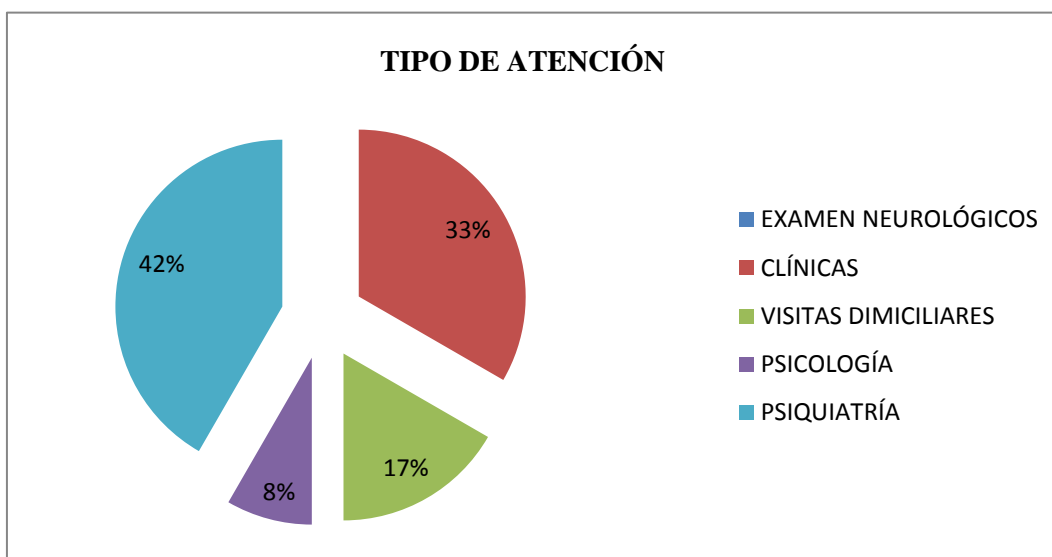
ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Según los datos estadísticos de esta investigación, los familiares manifiestan un 38% la pérdida familiar como la causa principal que conllevan a sus pacientes a presentar un trastorno depresivo refiriendo que han sido muy allegados al ser perdido, causándoles desde su partida un total estado de aislamiento y encierro de si mismo, seguido por un 28% de maltrato físico ya sea por parte de sus padres, pareja o un familiar cercano y un 7% según los mismo es causado por diferente patologías que se reflejaran más adelante.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES DE LAS ENCUESTAS REALIZADA A LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS SEGÚN EL TIPO DE ATENCIÓN BRINDADA AL PACIENTE DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012.

GRÁFICO # 21



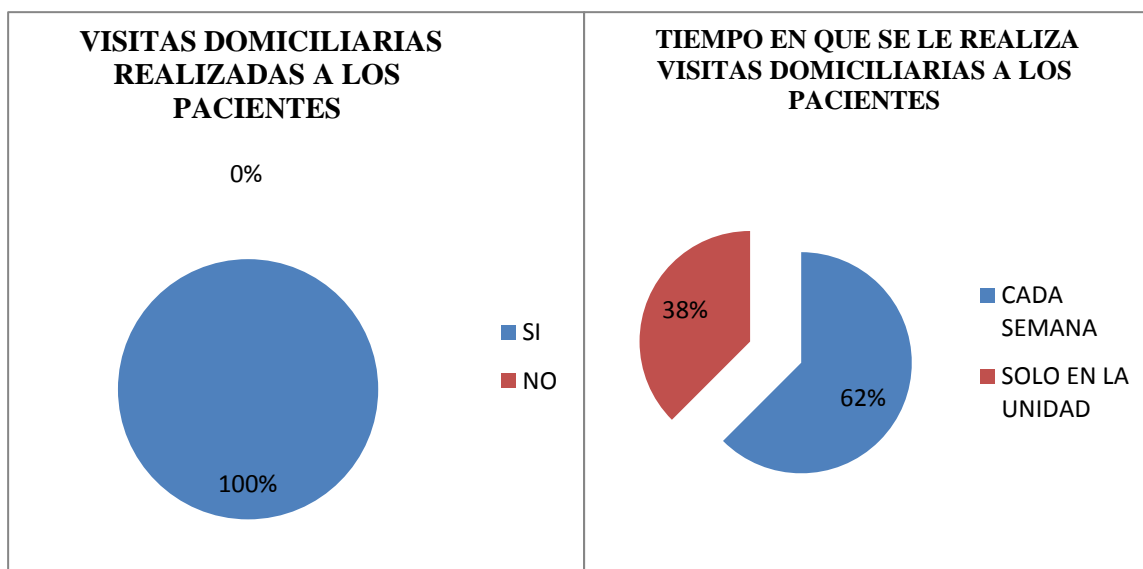
ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Según los datos obtenidos en esta investigación los pacientes que asisten a la unidad por un trastorno depresivo, reciben por parte de los profesionales de la misma una atención integral cuando se trata de la primera consulta y dependiendo el nivel o estado de depresión son las consecutivas citas, es así que psiquiatría ocupa el 42% de la atención primordial en los pacientes con trastorno depresivo, seguido por un mínimo del tratamiento de neurología que por su trastorno deberían ser atendidos estos pacientes, pero por el espacio reducido en el que se desenvuelve la unidad carecen de este departamento.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES DE LAS ENCUESTAS REALIZADA A LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS SEGÚN LAS VISITAS DOMICILIARIAS A LOS PACIENTES DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012.

GRÁFICO # 22



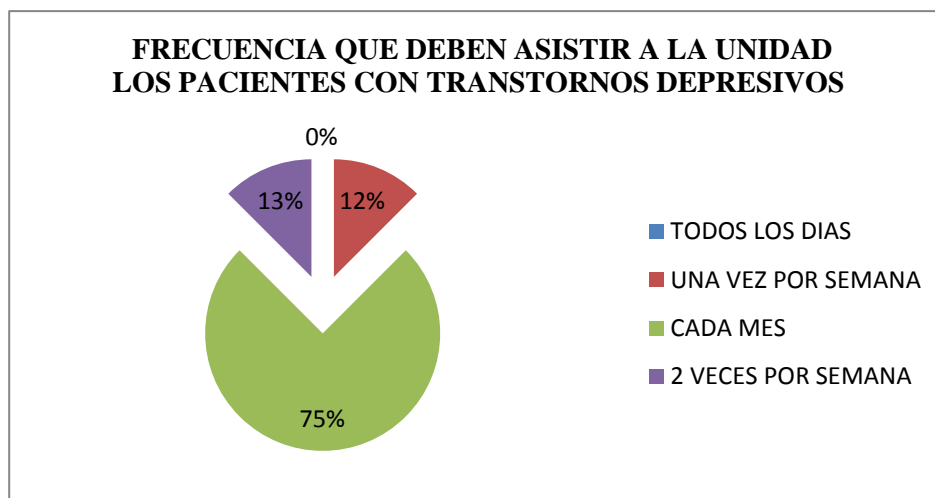
ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Según los datos ofrecidos en esta investigación los profesionales manifiestan con un 100% que se les realiza visitas domiciliarias a los pacientes con trastornos depresivos siempre y cuando el estado del paciente sea crítico las mismas que se dan con el 62% cada semana para verificación de la evolución del tratamiento y constatar que el mismo no sea abandonado por los pacientes.

DISTRIBUCIÓN DE LAS CITAS MÉDICAS QUE CONSIDEREN LOS PROFESIONALES QUE DEBEN TENER LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012.

GRÁFICO # 23



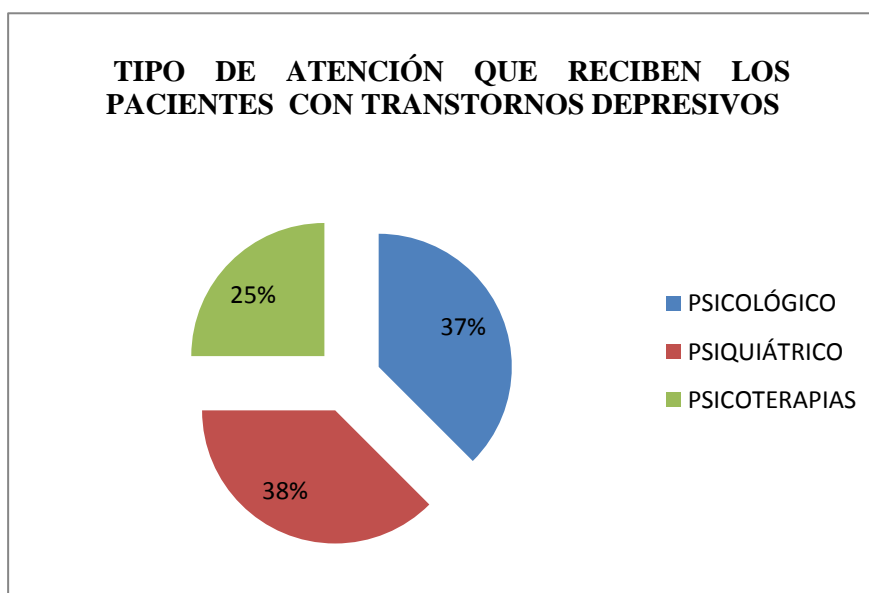
ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Según los datos ofrecidos por esta investigación, los profesionales de la unidad les dan visitas consecutivas a los pacientes dependiendo el grado de depresión que manifiesten los mismos siendo así que el 75% son atendidos cada mes ya que la medicación que se les brinda esta dentro de los 30 días, solo en caso de recaída los pacientes pueden regresar por intervalo del mes a la unidad o cuando lo amerite el paciente.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES SEGÚN EL TIPO DE ATENCION QUE BRINDAN LOS PROFESIONALES DE SALUD A LOS PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO QUE ASISTEN A LA UNIDAD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012.

GRÁFICO # 24



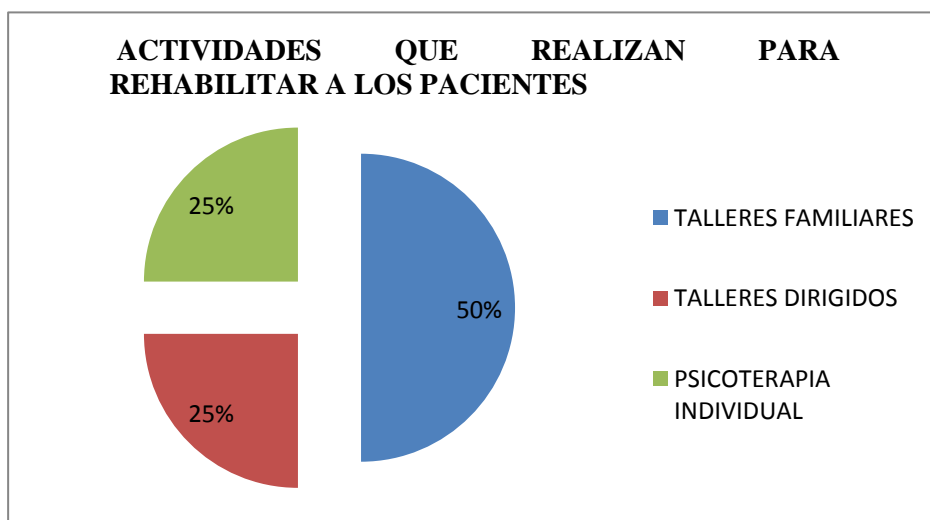
ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Sin duda alguna esta investigación demuestra que el tipo de atención que los profesionales de la USME brindan a los pacientes que asisten a la misma por un trastorno depresivo con un 38% reciben una atención psiquiátrica, ya que es considerada como la principal atención dentro de esta unidad, el 37% representa a la atención psicológica que es la parte complementaria para el tratamiento del paciente, el 25% corresponde a las psicoterapias que forman parte en la rehabilitación del paciente.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES SEGÚN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES DE LA USME PARA AYUDAR EN LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012.

GRÁFICO # 25



ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño

FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas

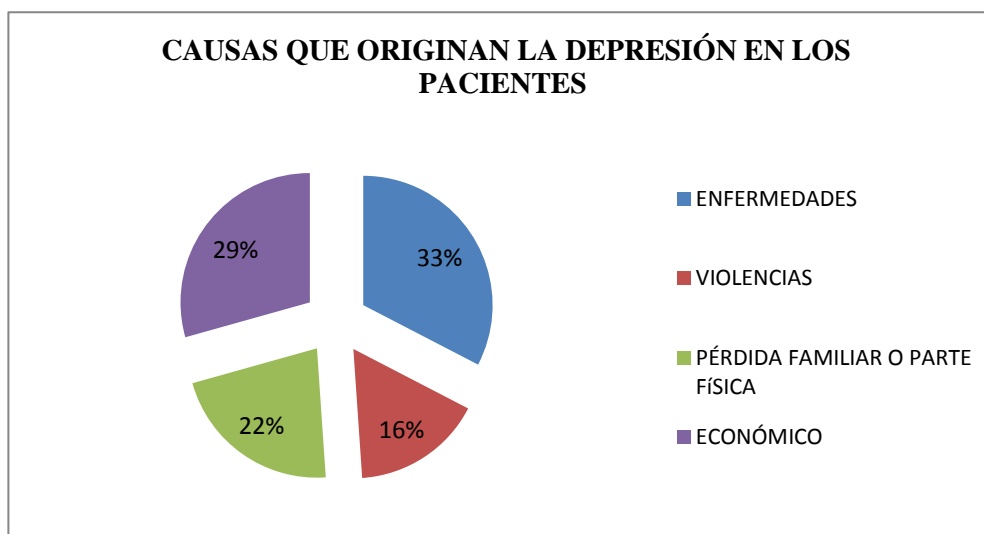
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Según la investigación realizada en la USME los profesionales a más del tratamiento farmacológico que proporcionan a los pacientes, realizan diversas actividades como parte del tratamiento; con un 50% les brindan a sus pacientes talleres de integración familiar que permiten la pronta recuperación del paciente, así como también talleres dirigidos y psicoterapias individuales con un 25% los mismos que forman parte de la pronta recuperación y rehabilitación de los pacientes.

DISTRIBUCIÓN DE LOS CONDICIONANTES DE MAYOR INCIDENCIA CON TRASTORNO DEPRESIVO SEGÚN LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012.

GRÁFICO # 26



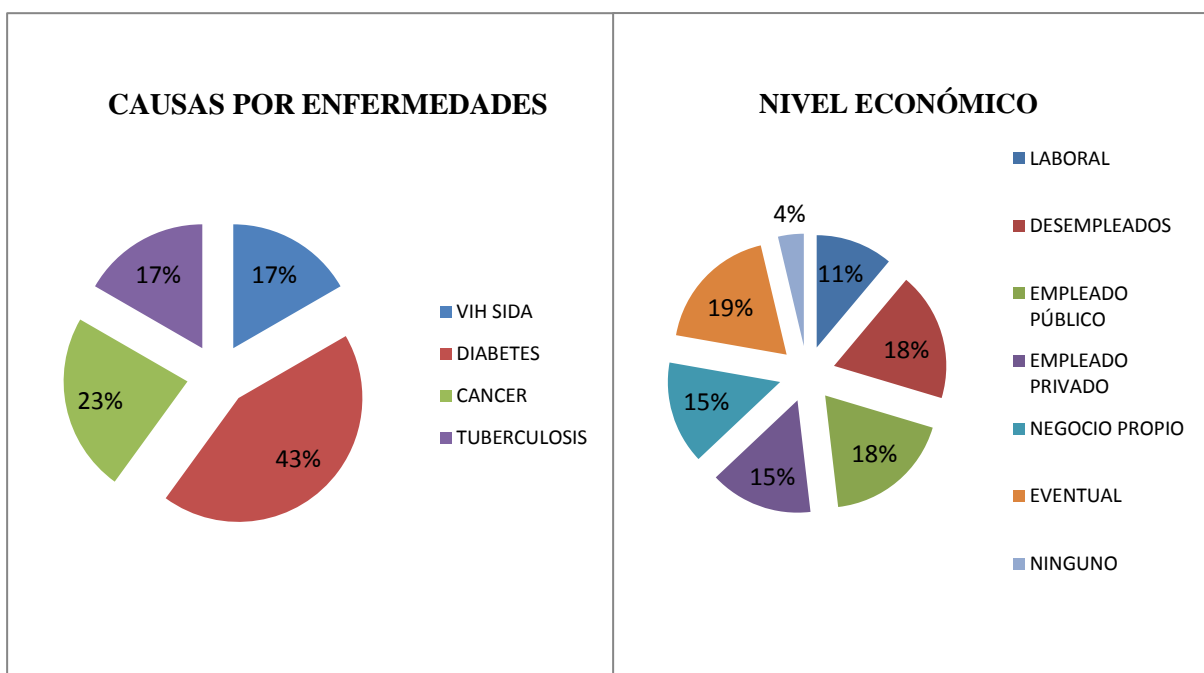
ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Los datos obtenidos de esta investigación, nos indica que el 33% de los trastornos depresivos en los pacientes que asisten a la unidad según los profesionales de la misma es causado por las diferentes enfermedades existentes que conllevan a una depresión y por ende es difícil ser asimilada por los mismos, y por ende buscar una ayuda profesional, seguido de un 29% relacionado al nivel económico que hoy en día es una de las principales causas referidas por los pacientes

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES DE LOS DIFERENTES CONDICIONANTES QUE CONLLEVAN A LA DEPRESIÓN SEGÚN LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012.

GRÁFICO # 27



ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

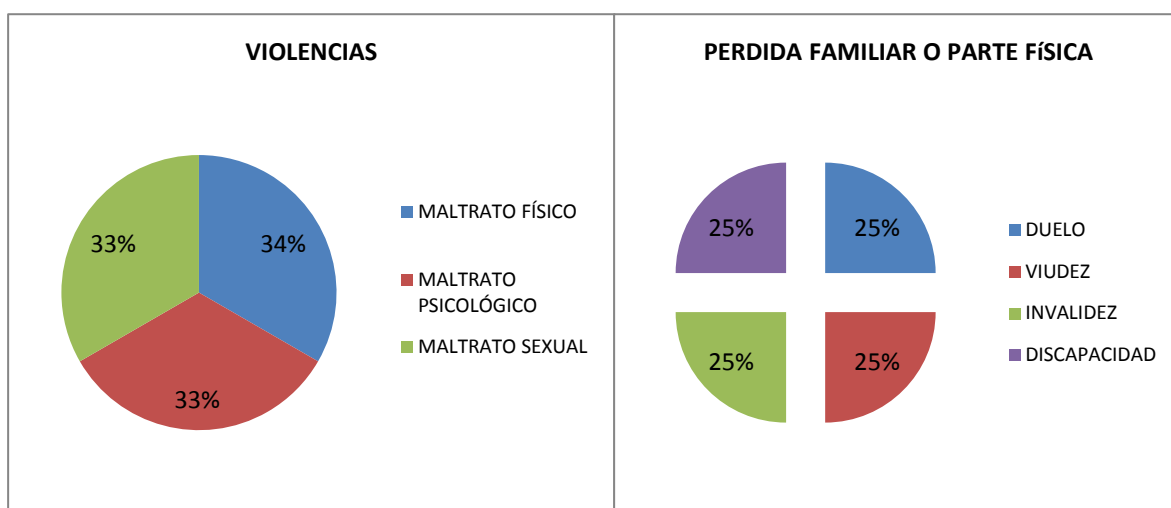
ANÁLISIS

Los datos de esta investigación nos permiten confirmar con exactitud qué tipo de enfermedades son las principales causas que conllevan al individuo a un trastorno depresivo y por ende a buscar ayuda en la unidad; siendo así, que un 43% de los paciente presentan diabetes principal patología difícil de asimilar, seguido por un 23% con otra de las patologías crónicas como es el cáncer y que debería ser el porcentaje más alto aunque las dos enfermedades conducen a la muerte si el paciente no es tratado a tiempo y trata de asimilar dicha enfermedad.

En lo que se refiere a las causas económicas, el 19% de los pacientes con trastorno depresivo tienen un trabajo eventual lo cual contribuye a que los pacientes empeoren en su estado de salud, debido a la falta de este sustento y así poder cubrir sus necesidades básicas, y por su situación no se consideran personas útiles para la sociedad, con un 18% los empleados públicos y privados los cuales tienen que sobrellevar las exigencias de su empleador o empresa, razón por la cual unos deciden abandonar el tratamiento empeorando su estado de salud..

DISTRIBUCION EN PORCENTAJES DE LOS DIFERENTES CONDICIONANTES QUE CONLLEVAN A LA DEPRESIÓN SEGUN LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012

GRÁFICO # 28



ELABORADO POR: Maira Isabel Hurtado Cedeño
FUENTE: Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas
FECHA: 10 de Junio del 2012

ANÁLISIS

Datos de esta investigación muestran que no solo las enfermedades o el nivel económico afectan a los pacientes con depresión, sino también la violencia y dentro de ella el 34% indican que es por maltrato físico ya sea por un familiar o por sus parejas (“refiriendo que ya están cansados de gastar dinero y no ven mejoría de los mismos”), mientras que el 33% es por maltrato psicológico y sexual a los que son sometidos los pacientes en diferentes circunstancias y no saben cómo expresarlo, encerrándose en sí mismo.

Sin dejar atrás, con un 25% cada uno los diferentes parámetros existentes, del otro de los causales más importantes que conllevan a una depresión es viudez, invalidez, duelo y discapacidad circunstancias difíciles de sobrellevar debido a que estas situaciones se den de un momento a otro tanto para el paciente como el familiar

4.1 DISCUSIÓN

El estilo de vida, el estado emocional, el género y la edad en la cual los pacientes sufren enfermedades mentales constituyen unos de los factores determinantes para la aparición de dichas patologías en la ciudad de Esmeraldas.

En la actualidad no se conoce con exactitud el factor de mayor prevalencia a las enfermedades mentales, pero a través de esta investigación y resultados de las encuestas se logró conocer que dichas enfermedades son las causas de varias víctimas con un trastorno depresivo, sean estos por violencias intrafamiliar (maltrato físico), muerte de familiar, por factores sociales y económicos y en un menor porcentaje la incompreensión de los padres, emigración de padres o parejas, entre otros. Anteriormente se pensaba que estas enfermedades se daba por factores hereditarios pero según los resultado que arrojaron esta investigación podemos darnos cuenta que unos de los factores q predominan es la violencia intrafamiliar a pesar de haber varios programas educativos para combatirla, no se lo ha logrado.

Los familiares al ver al paciente triste, aislado solicitan la ayuda de los diferentes departamentos de la unidad de salud de esta especialidad los mismos que inician una valoración a estos usuarios, con varios análisis y las atenciones subsecuentes se descubre que una de las principales causas de atención son por un trastorno depresivo seguido por otras patologías mentales.

Durante el periodo de Enero a Junio se atendieron en esta unidad 100 pacientes con trastorno depresivos, tomando una muestra del 50% para esta investigación, de los cuales el mayor porcentaje es de género femenino lo que nos indica que las mujeres somos más vulnerables para presentar este tipo de trastornos siendo las más afectadas según su ocupación, las que se dedican a los QQDD y de estado civil solteros(as).

En esta unidad de salud se da mayor atención de psiquiatría y poca de psicología, por ser esta entidad muy pequeña carece de los medios para realizar exámenes neurológicos. Según

las encuestas a los profesionales de esta unidad manifiestan que se realizan visitas domiciliarias, pero al encuestar a los pacientes y familiares manifestaron no recibir visitas domiciliarias por parte del personal de la unidad salud.

Los pacientes asisten a la unidad cada mes, el tipo de tratamiento que se da es psiquiátrico, psicológico y terapéutico; es decir, que se da más atención médica que terapéutica, y de las pocas actividades de terapia que realizan, la más usuales son los talleres familiares, el mismo que es realizado por la enfermera de la unidad sin la colaboración del resto de personal de salud. A pesar de contestar en las encuestas que realizan talleres dirigidos y psicoterapia individual a los pacientes, no observé ni participé en estas actividades. En todo el trayecto de la investigación se realizó un taller dirigido a los familiares de los pacientes con trastorno depresivo, el cual fue realizado por el personal de enfermería.

Las principales enfermedades que conllevan a la depresión son la diabetes, cáncer, VIH y la tuberculosis, las mismas que manifiestan los profesionales de salud. Además indican que no solo por enfermedad se origina la depresión sino también por el factor económico, pérdidas de familiares ya sea por emigración de los padres, parejas e hijos, duelo y violencia intrafamiliar, comprendiéndose dentro de ella al maltrato físico, maltrato psicológico y maltrato sexual. A pesar que para el personal de salud la violencia es la causa mínima, para los pacientes y familiares es la causa principal para iniciar esta enfermedad, lamentablemente convivimos en un medio de tanto machismo donde es tan difícil erradicar este mal, hasta que no tomemos conciencia de la realidad.

En cuanto a la apariencia física del paciente es bien presentada, esto se observó durante las visitas domiciliarias que se les realizó, algunos de estos pacientes son colaboradores y otros prefieren no hablar siendo sus familiares los que respondían ya que estos se negaban al diálogo.

El hecho de realizarles visitas domiciliarias a los pacientes ya era favorable, ya que manifestaban su aceptación al momento de recibirme en sus hogares.

En muchos casos la mayoría de los pacientes que se visitaron habían abandonado el tratamiento, manifestando ellos diferentes razones tales como: “El trabajo no me lo permite, tengo que atender mi negocio” y lo más sorprendente escuchar que “no tienen quien les acompañen” ya que solos no son atendidos y menos se les facilita la medicación por lo delicado del caso debido a que en muchas ocasiones hay pacientes con ideas autolíticas y otro de sus motivos que también me sorprendió, “escuchar a los pacientes decir que están cansados de tanta medicación que deben ingerir y los amigos les dicen que no los tomen porque se hacen dependiente de tanto medicamentos para estar tranquilos y por ello prefieren ya no ir a las consultas”. Fue muy satisfactorio dialogar con los pacientes y hacerles ver el error en que estaban y hacerles hincapié de la importancia de retomar su tratamiento y de la mejoría que sentirán.

Finalmente cabe recalcar la importante labor que se cumple con la encuesta del investigador, ya que nos permite conocer el impacto social que causa un trastorno depresivo, tanto para el usuario, familiares y comunidad.

**PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO
DURANTE LOS PRIMEROS SEMESTRES DE LOS 3 ÚLTIMOS AÑOS**

ENERO-JUNIO 2010	ENERO-JUNIO 2011	ENERO-JUNIO 2012
470	470,1	156

La diferencia entre prevalencia e incidencia en los casos de depresión son muy pocas durante los 3 últimos años, debido a que son pocas las personas subsecuentes a diferencia de los pacientes que asisten por primera vez, aunque en cada año en vez de disminuir los casos de depresión tiene un gran aumento, lo que indica que es esta la primera razón por la cual los familiares llevan a los pacientes a buscar asistencia médica.

4.2 CONCLUSIÓN

1. La experiencia adquirida en la Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas, permitió conocer que el estudio de un trastorno depresivo lleva más allá de una simple investigación, es identificar de forma directa los verdaderos causales o condicionantes del por qué un trastorno depresivo, la misma que se debe a varios factores asociados, tales como: Maltrato Familiar, Herencia genética, Falta de Empleo Estrés, Sentimental, Malas noticias, Consumo de Alcohol y otras sustancias tóxicas entre otros.
2. La Enfermedad de un Trastorno Depresivo es una de las patologías de mayor prevalencia en la Unidad de Salud Mental, con una estimación del 52%, independientemente de la edad, y la incidencia de un 48% por lo que podemos señalar que cada vez encontramos casos nuevos por las diferentes patologías existente en nuestro diario vivir, ya que la aceptación de la misma no son fáciles para el individuo y más si estas son irremediables para el mismo, cayendo así en un estado total de no aceptación por parte de los paciente.
3. Los pacientes que acuden a la atención de los profesionales en la unidad de Salud Mental de la ciudad de Esmeraldas mantienen una conducta normal, tranquila tanto con los familiares como con los profesionales, dicha conducta se debe al cumplimiento de sus citas mes a mes y sobre todo a la gran responsabilidad que tienen con su tratamiento para mejorar su recuperación y por ende el estilo de vida.
4. Esta investigación arrojó que el estado económico es el segundo causal de un trastorno depresivo, ya que para algunos de los usuarios es difícil sobrellevar un hogar disfuncional, la renta de la casa, escolaridad, medicina y el pan diario para sus hogares, aunque dichos resultados no coinciden al momento de obtener los efectos de las encuestas realizadas a los pacientes, familiares y profesionales de la unidad.

5. La segunda razón importante para el aumento de depresión es que el individuo es un resultante de su núcleo familiar, su salud está condicionada por el grado de disfunción que presenta su familiar, como también por el buen nivel de salud de la misma, es por esta razón que en esta investigación se encontraron varios usuarios que presentan depresión a causa de las patologías como: Diabetes, Cáncer, HIV, TB, dentro de otras situaciones que derivan de su salud.
6. Otras de las razones importantes que ayudan a la existencia de la depresión son los condicionantes culturales y sociales, ya que ahora son mas deprimentes, el aislamiento social como (divorcio, la pérdida de un familiar, emigración de los padres e hijos, parejas y/o familiares, despido del trabajo y las discriminación) crean un trastorno depresivo.
7. La gran mayoría de los familiares de los pacientes atendidos en la Unidad de Salud Mental, al enterarse de la enfermedad que aqueja su paciente adoptaron un conjunto de impacto psicológico tales como (tristeza, ansiedad, angustia), de tal manera que esto permitió mantener mayor dedicación tanto en los cuidados como en la decisión de colocarlo en manos de profesionales.
8. Fue satisfactorio plantearles a los profesionales de la USME una propuesta de salud que sirva como coadyudante en la recuperación de los pacientes con un trastorno depresivo, la cual consiste en terapias ocupacionales como: terapias familiares, sicodinamicas breves, terapias conductual, terapias cognitivas, talleres didácticos, visitas domiciliarias continuas y remedios naturales para el hogar y que se planteen tanto para el paciente como el familiar dentro y fuera de la unidad, los mismos que facilitarían la pronta recuperación del usuario y la satisfacción de la unidad por su ardua labor para los pacientes con trastornos depresivos.

4.3 RECOMENDACIONES

1. EL departamento de enfermería sin duda alguna en cualquier unidad de salud es la base o el pilar de la misma, sería importante que el resto de los profesionales de la unidad tomen en cuenta las diferentes opiniones y sugerencias de la licenciada en enfermería y de ser así la unidad se manejaría mejor.
2. Que la unidad incremente un flujograma de atención, actualización de la visión y misión de la misma que permita al usuario guiarse y conocer el proceso y las prioridades de la unidad.
3. Al realizar un taller familiar o para los pacientes debería estar integrado por todos los profesionales de la unidad y no solo por la persona que va a ejecutar el taller, ya que no hay que olvidar que todo lo que corresponde a salud se lo debe realizar con el apoyo del equipo y no de una sola persona.
4. La trabajadora social en conjunto con los diferentes departamentos de la unidad deben realizar visitas domiciliarias mas seguida a los pacientes no cada 3 meses o cuando se pueda ya que en muchas ocasiones los pacientes con trastorno depresivo abandonan el tratamiento, desencadenando en ideas autolíticas.
5. Al departamento de estadísticas, al momento de recolectar los datos del paciente, como la dirección domiciliaria sea realizada de forma precisa y con referencias que permitan realizar dichas visitas, movilizándose de forma directa y sin pérdida de valioso tiempo.
6. A los profesionales de la unidad que al menos cada mes deberían realizar, fines de semanas recreacionales para los mismos ya que por el mismo trabajo se rodean de un estrés y ansiedad y por el conocimiento que obtengo por la materia de psiquiatría

también deben recibir una evaluación los profesionales y al menos cada 2 años deben ser cambiados a otra unidad

7. La dirección de salud de la ciudad o la unidad de salud mental deberían hacer promoción ya que es desconocida por la mayoría de los habitantes y en ocasiones los pacientes y familiares encuestados refirieron que al inicio desconocían de la existencia de la unidad y gracias a terceras personas pudieron conocerla para así llevar a sus pacientes

4.4 LIMITACIONES

La ética y profesionalismo con el que fui preparada por parte de los docentes de la Pucese no puede ser duda de ninguna institución, ya que por la misma razón se nos permite realizar nuestras pasantías en diferentes áreas de salud dentro y fuera de la ciudad

La poca confianza y colaboración que brinda la directora de la unidad desanima a cualquier investigador a proceder con su trabajo dentro de la misma, según ella. “Todo lo que se pueda realizar sobre investigación no es lo adecuado”.

Los datos que se encuentran en las historias clínicas en muchas ocasiones no son exactos, y claros sobre todo la dirección y el número de teléfono limitaron el proceso de la investigación y perder valioso tiempo para buscar a los pacientes en diferentes lugares de la ciudad

4.5 PROPUESTA DIRIGIDA A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS.

Elaborar terapias ocupacionales y actividades de entretenimientos que sirvan como coadyuvantes al tratamiento de los pacientes que asisten a la USME.

La presente propuesta está elaborada como un aporte de este estudio al nivel local y provincial para un proceso de mejoramiento dentro del tratamiento que brindan los profesionales de la unidad de salud mental a los pacientes con trastornos depresivos que asisten a la misma.

4.5.1. PROPÓSITO

Fortalecer y mantener como un tratamiento que facilite la recuperación de los pacientes que asisten a la Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas.

4.5.2. OBJETIVO GENERAL

Promover una alternativa que permita lograr un mejoramiento en los pacientes con trastornos depresivos que asisten en la Unidad de Salud Mental.

4.5.3. OBJETIVO ESPECÍFICO

Facilitar diferentes actividades recreativas que permitan el entretenimiento de los pacientes que asistan a la Unidad de Salud Mental con depresión.

4.5.4. INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos son causados por diferentes circunstancias en el individuo perdurando más en unos que en otros pacientes que no pueden despojarse con facilidad del trauma o evento sufrido como: El duelo, violencia física psicológica y sexual, discapacidad, pérdida de una parte de su cuerpo, enfermedades, divorcio y despido del trabajo.

Que tan difíciles situaciones que se debe vivir y aceptar en la vida cotidiana de cada ser humano siendo unos más llevaderos que otros y aunque se tiene la idea que pueden suceder no es fácil asimilar el hecho de estar en la situaciones difíciles de la vida y aceptarlas.

4.5.5. ACTIVIDADES PARA REALIZAR EN UNIDAD.

Realizar las siguientes actividades que se nombrarán a continuación permitirán una pronta rehabilitación para los pacientes con un trastorno depresivo.

- **TALLERES DIDÁCTICOS PARA LOS PACIENTES COMO:**

Trabajos prácticos, manualidades cursos de belleza, arreglos de globos donde se incluyan hijos, mama, papa, hermanas (o), etc.

- **VISITAS DOMICILIARIAS CONTINUAS.**

Que estén integradas por, Trabajadora Social, Licenciada en Enfermería y la Psicóloga que de seguro el paciente tendrá un mejor rendimiento tanto él como la familia.

- **TERAPIAS FAMILIARES**

Permite la integración de la misma ya que todos los familiares con paciente con un trastorno depresivo no se incluyen y lo pasan por percibido

- **PSICODINÁMICAS BREVES.**

Permitirán una breve evaluación del profesional para con el paciente

- **TERAPIA CONDUCTUAL.**

Valoración conductual del profesional hacia al paciente según su comportamiento

- **TERAPIA COGNITIVA**

La terapia cognitiva tiene que estar dirigida en conjunto del psicólogo y el psiquiatra para que sean estos profesionales los que saquen un tratamiento lógico coherente y cognitivo del paciente.

4.5.6. REMEDIOS POPULARES QUE PODRIAN REALIZARSE COMO AYUDA EN EL HOGAR.

REMEDIO PARA LA DEPRESIÓN # 1:

Existen diferentes frutas, verduras y hasta flores que ayudan a mejorar la depresión como son la salvia, geranio, pomelo, jazmín, lavanda, limón, mandarina, naranja, manzanilla, rosa, sándalo. Sin embargo, la sabiduría popular nos refiere que, desde tiempos antiguos, el ginseng es una de las plantas más utilizadas para curar la depresión.

REMEDIO PARA LA DEPRESIÓN # 2:

Un remedio natural consiste en comerse dos bananos bien maduros cada día

REMEDIO PARA LA DEPRESIÓN # 3:

Un remedio de la abuela es el chocolate. La persona quien lo coma es difícil que esté deprimido.

REMEDIO PARA LA DEPRESIÓN # 4:

Es importante que la persona que sufre de depresión se vista con colores vivos como el rojo, naranja y hasta fucsia y evite los grises y negro

REMEDIO PARA LA DEPRESIÓN # 5:

Mezclar 7 gotas de esencia de lavanda, 10 gotas de rosa damascena y 5 gotas de neroli azahar o flores de naranjo y luego agregar 1 cucharada de aceite de jojoba y dar masajes en el plexo solar (abdomen) y a lo largo de la columna vertebral. A esta preparación se le puede añadir 1 cucharada de sal, diluir en una jarra de 1 litro de agua caliente y tomar un baño de por lo menos, 30 minutos. (remedio proveniente de la aromaterapia)

REMEDIO PARA LA DEPRESIÓN # 6

Tomar 30 gotas tres veces al día, de extracto de avena. Con este remedio se logrará que se normalice el sistema nervioso, aportando tranquilidad.

REMEDIO PARA LA DEPRESIÓN # 7

Tomar dos cucharadas diarias de levadura de cerveza.

REMEDIO PARA LA DEPRESIÓN # 8:

Lavar las sábanas con una solución hecha con 15 gotas de aceite esencial de árbol de té, 20 gotas de aceite esencial de lavanda y 15 gotas de aceite esencial de rosas por cada litro de agua.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	E	M	J	J	A	S
PRESENTACION DEL ANTE PROYECTO PARA APROVACION DEL TEMA	MAYRA HURTADO	→					
REUNION CON LA LICENCIADA MARÍA TERESA PARA ACORDAR PRESENTACIÓN DE LOS ANTEPROYECTOS		→					
PRESENTACION CON LOS PROFESIONALES DE LA USME			→				
REVISION DE LAS HISTORIAS CLINICAS			→				
PARTICIPACION CON EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA PARA TALLER CON LOS FAMILIARES			→				
VISITAS DOMICILIARIAS PARA EJECUSION DE ENCUESTAS A LOS FAMILIARES Y PACIENTES				→			
TABULACION DE LAS ENCUESTAS					→		
PRESENTACION DEL PRIMER BORRADOR A LA DIRECTORA DE TESIS					→		
PRESENTACION DEL SEGUNDO BORRADOR					→		
PRESENTACION DEL TERCER BORRADOR					→		
DISERTACION DE TESIS						→	
GRADUACION						→	

GLOSARIO

ANSIEDAD.- Estado o sensación de aprensión, desasosiego, agitación, incertidumbre

ASTENIA.- Sensación de debilidades físicas.

AUTOESTIMA.- Consideración o aprecio que una persona tiene de si misma, o grado de competencia que se atribuye uno a sí mismo.

CITOQUINA.- Grupo de proteínas de bajo peso molecular constituida por 120 a 180 aminoácidos.

CONDUCTA.- Forma que tiene una persona de actuar o comportarse.

DEPRESIÓN.- Disminución de la actividad emocional vital, trastorno del humor caracterizado por sensaciones de tristeza.

DINDROME.- Complejos de signos y síntomas resultantes de una causa común o que aparecen en combinación como expresión del cuadro clínico de alguna enfermedad.

EMPÍRICO.- Un método terapéutico basado en observaciones y en la experiencia.

MONOAMINA.- Amina que contiene un grupo amínico.

NEUROANATOMÍA.- Es la parte de la anatomía que se ocupa del estudio de las diferentes partes del sistema nervioso y órganos de los sentidos.

EPISODIO.- Suceso enlazado con otros que forman un todo o conjunto

PSICOLOGÍA.- Estudio del comportamiento y de las funciones y proceso de la mente.

PSIQUIATRÍA.- Rama de la ciencia médica que se ocupa de las causas, tratamiento y prevención de los trastornos mentales.

BIPOLAR.- Que tiene dos polos uno aferente y otro eferente.

DISTIMIA.- Trastorno del humor persistente que se presenta como forma de depresión unipolar en ancianos y personas debilitadas.

MENOPAUSIA.- Interrupción de las menstruaciones.

ORGANICO.- Perteneciente relativo a un órgano.

PARKINSON.- Trastorno neurológico caracterizado por dolor, rigidez muscular, hipocinesia, marcha lenta y rígida, dificultad en la masticación, deglución y fonación producida por diversas lesiones del sistema motor extrapiramidal.

GENÉTICO.- Relacionado con la reproducción, del parto o el origen, que tiene relación con un gen hereditario.

GLÁNDULAS TIROIDES.- Órgano muy vascularizado situado en la parte anterior del cuello.

INCIDENCIA.- Numero de veces que sucede un hecho.

PREVALENCIA.- Número de casos nuevos de una enfermedad o de veces que se ha aparecido un caso durante un periodo de tiempo.

TRISTEZA.- Calidad de triste

UNIPOLAR.- Referencia a un solo polo.

ANHEDONIA.- Discapacidad para experimentar placer o satisfacción por los actos que normalmente son agradables.

INSOMNIO.- Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido toda la noche.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ WWW.DEPRESION.PSICOMAG.COM/
- ❖ ES.WIKIPEDIA.ORG
- ❖ WWW.PSICOACTIVA.COM
WWW.OMS.COM
- ❖ WWW.MEDICINATV.COM
- ❖ NOTICIAS-ECUADOR-DEPRESION
- ❖ WWW.NIMH.NIH.GOVHEALTH/TOPICS/BRAIN-STIMULATION-THERAPIES/BRAIN-STIMULATION-THERAPIES.SHTML
- ❖ LA FDA DE LOS ESTADOS UNIDOS HIZO UN ANUNCIO OFICIAL PARA LA SALUD PÚBLICA EL 10 DE FEBRERO DE 2000. EN ÉL SE AFIRMA QUE LA HIERBA DE SAN JUAN PARECE ACTUAR A TRAVÉS DE UNA DE LAS VÍAS METABÓLICAS USADAS POR OTROS MEDICAMENTOS (ALGUNOS AGENTES ANTICONVULSIVOS).
WWW.DEPRESION.PSICOMAG.COM/S.WIKIPEDIA.ORG
- ❖ UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS
- ❖ HTTP://EC.EUROPA.EU/HEALTH/PH_INFORMATION/DISSEMINATION/DISEASES/NEURO_ES.HTM.
- ❖ HTTP://FNEUROCIENCIAS.COM/INDEX.PHP?GO=SHOW&TIPO=1LID=
- ❖ WWW.NEUROREHABILITACION.COM/ALZHEIMER.HTM
- ❖ WWW.NEUROREHABILITACION.COM/ENFERMEDAD-DE-PARKINSON.HTM
- ❖ WWW.MEDICOSECUADOR.COM/REVECUATNEUROL/VOL13-N3-2004/RELACIONES.HTM
- ❖ WWW.NEUROREHABILITACION.COM/TRASTORNOS-DEL-MOVIMIENTO.HTM.
- ❖ HTTP://ESCUELA.MED.PUC.CL/RECURSOS/RECEPIDEM/INTRODUCTORIOS4.HTM
- ❖ HTTP://WWW.TIROIDES.NET/ALTERACIONES.HTM
- ❖ HTTP://WWW.TUOTROMEDICO.COM/TEMAS/TRATAMIENTO_ALZHEIMER.HTM
- ❖ HTTP://WWW.TUOTROMEDICO.COM/TEMAS/ALZHEIMER.HTM
- ❖ HTTP://WWW.TUOTROMEDICO.COM/TEMAS/PARKINSON.HTM.

- ❖ [HTTP://WWW.CAREGIVER.ORG/CAREGIVER/JSP/CONTENT_NODE.JSP?NOD
EID=780](http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=780)
- ❖ [HTTP://WWW.CFNAVARRA.ES/SALUD/ANALES/TEXTOS/VOL24/SUPLE3/SU
PLE4.HTML](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple3/suple4.html)
- ❖ [HTTP://WEB.USAL.ES/~ACARDOSO/TEMAS/CUIDADOSALZH.HTM](http://web.usal.es/~acardoso/temas/cuidadosalzh.htm)
- ❖ [HTTP://ENFERMEDADESNEURODEGENERATIVAS.BLOGSPOT.COM/2008/01/IN
TRODUCCIN-LAS-ENFERMEDADES.HTML](http://enfermedadesneurodegenerativas.blogspot.com/2008/01/introduccion-las-enfermedades.html)
- ❖ [HTTP://WWW.ANDENES.ORG/TESTS-Y-PRUEBAS-DE-CONSUMO-
DROGAS.HTM](http://www.andenes.org/tests-y-pruebas-de-consumo-drogas.htm)
- ❖ [HTTP://WWW.FARMACEUTICONLINE.COM/CAST/FAMILIA/FAMILIA_ALCO
HOL_C.HTML](http://www.farmacaceuticonline.com/cast/familia/familia_alcohol_c.html)
- ❖ [HTTP://WWW.TERRA.ES/PERSONAL/DUENAS/HOME7.HTM](http://www.terra.es/personal/duenas/home7.htm)
- ❖ [HTTP://WWW.SEG-
SOCIAL.ES/ISM/GSANITARIA_ES/ILUSTR_CAPITULO9/CAP9_5_DELIRIOSY
ALUCINAC.HTM](http://www.seg-social.es/ism/gsanitaria_es/ilustr_capitulo9/cap9_5_delirios_y_alucinac.htm)
- ❖ [HTTP://WWW.UMM.EDU/ESP_ENCY/ARTICLE/001522.HTM](http://www.umm.edu/esp_ency/article/001522.htm)
- ❖ [HTTP://WWW.TARINGA.NET/POSTS/INFO/1583899/DEPRESION,-
PSICOSIS-Y-NEUROSIS_.HTML](http://www.taringa.net/posts/info/1583899/depresion,-psicosis-y-neurosis_.html)
- ❖ TEXTOS.
- ❖ FUNDAMENTOS DE MEDICINA, NEUROLOGIA, SIGIFREDO BETANCUR
M, TERCERA EDICIÓN, 1983, PAG: 18-19
- ❖ MANUAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL, DR. ENRIQUE
AGULAR Z, PAG: 13-15
- ❖ MANUAL DE ENFERMERÍA.
- ❖ DICCIONARIO DE MOSBY.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

SEDE ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

VER ANEXO # 1

DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL.

OBJETIVOS.- Conocer las actividades que realizan los profesionales de la institución con los pacientes ante el problema existente

1.- QUE TIPO DE ATENCION RECIBEN LOS PACIENTES CON DEPRESION EN LA UNIDAD DE SALU MENTAL.

EXÁMENES NEUROLÓGICOS

ENTREVISTAS CLÍNICAS

VISITAS DOMICILIARIAS

OTRAS

2.- SE LES REALIZAN VISITAS DOMICILIARIAS A LOS PACIENTES

SI

NO

CADA SEMANA

SOLO EN LA UNIDAD

3.- CON QUE FRECUENCIA DEBEN ASISTIR A LA UNIDAD LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DEPRESIVOS.

TODOS LOS DÍAS

UNA VEZ POR SEMANA

DOS VECES POR SEMANA

CADA MES

4.- QUE TIPO DE TRATAMIENTO RECIBEN LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DEPRESIVOS

.....
.....

5.- QUIENES INTERFIEREN EN LA RECUPERACION DEL PACIENTE

PSICOLOGO

PSIQUIATRA

LOS 2 AL MISMO TIEMPO

CADA UNO POR SEPARADO

6.-QUE ACTIVIDADES EJECUTAN PARA REHABILITAR.

.....
.....

7.- CUAL ES LA CAUSA QUE ORIGINA LA DEPRESION EN EL PACIENTE.

ENFERMEDADES: VIH/SIDA

DIABETES

CANCER

TUBERCULOSIS

MENOSPAUSIA

OTRAS

VIOLENCIAS: MALTRATO FISICO

MALTRATO PSICOLOGICO

MALTRATO SEXUAL

PERDIDA FAMILIAR O PARTE FISICA:

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| DUELO | <input type="checkbox"/> |
| VIUDEZ | <input type="checkbox"/> |
| INVALIDEZ | <input type="checkbox"/> |
| DISCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> |

ECONOMICO

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| LABORA | <input type="checkbox"/> |
| DESEMPLEADO | <input type="checkbox"/> |
| EMPLEADO PUBLICO | <input type="checkbox"/> |
| EMPLEADO PRIVADO | <input type="checkbox"/> |
| NEGOCIO PROPIO | <input type="checkbox"/> |
| EVENTUAL | <input type="checkbox"/> |
| NINGUNO | <input type="checkbox"/> |

UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

SEDE ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

DIRIGIDA A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON CRISIS DEPRESIVAS.

OBJETIVOS.- Identificar el apoyo que los familiares brindan a los pacientes con trastornos depresivos e integrarlos a la recuperación.

1.- EDAD DEL PACIENTE

14 – 18 años

23 – 26 años

19 – 22 años

27 – 30 años

2.- CONOCE ANTECEDENTES FAMILIARES SOBRE TRASTORNOS DEPRESIVOS.

SI

NO

QUIEN.....

QUE TIPO DRE TRASTORNO.....

3- HA NOTADO SI CONSUME ALCOHOL Y ALGUN MEDICAMENTO QUE PUEDA OCASIONAR LA DEPRESION.

SI

NO

NO SABE

.....

4.- EXISTE COMUNICACIÓN ENTRE USTED Y EL O LA PACIENTE

SI

NO

OCASIONALMENTE

NUNCA

5.- INFLUYE EL HECHO QUE EL/LA ADOLESCENTE SE HALLA CRIADO SIN SUS PADRES

SI

NO

HACE QUE TIEMPO VIVE CON USTED.....

PORQUE.....

6.- CUANDO SE DIO CUENTA QUE LA ACTITUD DEL O LA PACIENTE NO ERA LA ADECUADA

1 MES

3 MESES

6 MESES

QUÉ HIZO CUANDO LO NOTÖ

.....

7.- CUANTO TIEMPO TIENE SU FAMILIAR CON EL TRATAMIENTO.

1 MES

2 MESES

3 MESES

6 MESES

+ DE 6 MESES

8.- HA NOTADO MEJORIA DESDE QUE EL O LA PACIENTE ASISTE A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

SI

NO

9.- POR QUÉ LO LLEVO A LA UNIDAD

.....

.....

10.- HA TENIDO INTENTOS DE SUICIDIO.

SI

NO

11.- COMO ES LA VIDA COTIDIANA DEL PACIENTE..

TRANQUILA

INTRANQUILA

12.-CUAL ES LA CAUSA QUE ORIGINA LA DEPRESION EN EL PACIENTE.

ENFERMEDADES: VIH/SIDA

DIABETES

CANCER

TUBERCULOSIS

MENOSPAUSIA

OTRAS

VIOLENCIAS:

MALTRATO FISICO

MALTRATO PSICOLOGICO

MALTRATO SEXUAL

PERDIDA FAMILIAR O PARTE FISICA:

DUELO

VIUDEZ

INVALIDEZ

DISCAPACIDAD

ECONOMICO:

- LABORA**
- DESEMPLEADO**
- EMPLEADO PUBLICO**
- EMPLEADO PRIVADO**
- NEGOCIO PROPIO**
- EVENTUAL**

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CÁTOLICA DEL ECUADOR

SEDE ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS

OBJETIVO.- Identificar los factores primordiales que pueden llevar a los pacientes a presentar trastornos depresivos.

• **DATOS DEMOGRAFICOS**

1.- EDAD

14 - 18 años

23 - 26 años

19 - 22 años

27 - 30 años

2.- SEXO

Femenino

Masculino

3.- ESTADO CIVIL

Soltera(o)

Casado (a)

Divorciado (a)

Viudo(a)

Unión Libre

4.- TIENES HIJOS.

SI

NO

CUANTOS

5.- OCUPACION.

ESTUDIA

QQDD

NEGOCIO PROPIO

EMPLEADO PUBLICO

NINGUN TRABAJO

EMPLEADO PRIVADO

OTROS.....

6.- COMO ES SU COMPORTAMIENTO DELANTE DE LOS FAMILIARES.

Tranquilo Ansioso callado

7.- CUAL FUE LA CAUSA QUE CONLLEVO A LA DEPRESION.

- ECONOMICO
- SOCIAL
- PERDIDA LABORAL
- PERDIDA DE ESTUDIO
- INCOMPRESION DE LOS PADRES
- MALTRATO FISICO
- MUERTE DE UN FAMILIAR
- INMIGRACION DE LOS PADRES O PAREJA
- DIVORCIO
- VIUDEZ
- VIOLACION
- ACCIDENTE

8.- COMO ES TU ESTILO DE VIDA.

Dependiente independiente
Antes de la Depresión.....
Después de la Depresión.....

9.- HACE CUANTO TIEMPO NOTO QUE SE SENTIA TRISTE

3 meses 1 año más 3 años
6 meses 2 años

10.- PORQUE ACUDE A ESTE CENTRO DE ATENCIÓN.

.....
.....

11.- EN SU FAMILIA CONOCE DE ALGUIEN QUE SUFRIERA DE DEPRESION.

SI

QUIEN

NO

NO SABE

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CÁTOLICA DEL ECUADOR

SEDE ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERIA

GUÍA OBSERVACIONAL

OBJETIVOS.- Identificar las actitudes que adoptan cada uno de los pacientes según el nivel de depresión que presenten frente a los familiares y profesionales de la Unidad de Salud Mental.

1.- APARIENCIA FISICA DEL PACIENTE

Arreglado desarreglado sucio

2.- ESTADO PSICOEMOCIONAL DEL PACIENTE

Fatigado ansioso irritable tímido Colaborador

3.-COMPORTAMIENTO O CONDUCTA DE LOS PACIENTES CON EL EQUIPO DE SALUD DE LA UNIDAD Y EL ENTREVISTADOR

Colaborado Intranquilo Nervioso Colaborador

4.- FACILITA INFORMACION COHERENTE Y TRANQUILA AL MOMENTO DE SER ENTREVISTADO/A

SI

NO

5.- EL O LA PACIENTE ASISTE A LA UNIDAD ACOMPAÑADO O SOLO A SUS TERAPIAS.

.....
.....