

Campus de Quetzaltenango
Universidad Rafael Landívar
Facultad de Humanidades

The seal of Universidad Rafael Landívar is a large, circular emblem in the background. It features a central shield with a sun, a cross, and a bird. The shield is flanked by a lion on the left and a castle on the right. Below the shield are two lions and a central emblem. The text "Universidad Rafael Landívar" is written in a gothic font around the top of the circle, and "Quetzaltenango" is written around the bottom. The year "1961" is also visible at the bottom.

Depresión en Personas con Discapacidad Física

Enma Cristina Marroquín Reyes

Quetzaltenango, junio de 2009

Campus de Quetzaltenango
Universidad Rafael Landívar
Facultad de Humanidades

The seal of Universidad Rafael Landívar is a large, circular emblem. It features a central shield with a sun, a cross, and a bird. The shield is surrounded by a circular border containing the university's name in Spanish and the founding year 1961. The text is written in a stylized, gothic font.

Depresión en Personas con Discapacidad Física

Enma Cristina Marroquín Reyes

Al conferirle el título de

Psicóloga

En el grado académico de

Licenciada

Quetzaltenango, junio de 2009

**Miembros del Consejo Directivo
Campus Central**

RECTORA	Licenciada Guillermina Herrera
VICERRECTOR GENERAL	Ingeniero Jaime Carrera
VICERRECTOR ACADÉMICO	Padre Rolando Alvarado S.J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO	Licenciado Ariel Rivera
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA	Doctor Carlos Cabarrús S.J.
SECRETARIA GENERAL	Licenciada Fabiola Padilla de Lorenzana

**Miembros de la Facultad de Humanidades
Campus Central**

DECANA: M.A. Hilda Caballeros de Mazariegos

VICEDECANA: Dra. Hosy Orozco

SECRETARIO: Lic. Ernesto Antonio Burgos Fetzer

DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN: Licda. Nancy Avendaño

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE
EDUCACIÓN: M.A. Hilda Díaz de Godoy

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE
PSICOLOGÍA: Dr. Vinicio Toledo

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE
LETRAS Y FILOSOFÍA: Lic. Ernesto Loukota

**Miembros del Consejo Directivo
Campus de Quetzaltenango**

DIRECTOR DE CAMPUS	Arquitecto Manrique Sáenz Calderón
COORDINADOR ADMINISTRATIVO	Licenciado Alberto Axt Rodríguez
COORDINADOR ACADÉMICO	Ingeniero Jorge Derik Lima Par
COORDINADOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA	Msc. P. José María Ferrero S.J.
SECRETARIA GENERAL	M.A. Bethzabé Chinchilla Escobar
VOCAL	Dr. José Carmen Morales Véliz
VOCAL	Lic. Edwin Daniel González Juárez
VOCAL	Dr. German Scheel Bartlett

**Miembros de la
Terna Examinadora**

Licenciada Ileana Armas de Ronquillo

Licenciada Karina Juárez

Licenciado Nilmo López

Dedicatoria

A Dios

Por haberme dado el amor, la sabiduría, la perseverancia y la tenacidad necesaria para lograr este triunfo académico.

A Mi Padre

Roberto Marroquín, (t) gracias por haber cultivado en mí esas bases tan profundas del amor, la unión familiar y el trabajo, que desde el cielo disfrute mi éxito.

A Mi Madre

Mercedes Reyes de Marroquín, gracias por el ejemplo de lucha que me inculcó.

A Mis Hijos

Luis Adolfo y Rosa Maybeth, porque ustedes fueron mi motivo principal para seguir esta maravillosa profesión y hoy puedo decirles con orgullo que lo logré y yo sé que se sentirán felices y orgullosos que su madre sea una mujer profesional, los dos son la luz de mi vida. Los adoro.

A Mis Nietos

Dulce Manuela, Roberto Alejandro, María Alejandra, Estuardo Sebastián y Sofía Fernanda, mi fuente de inspiración, los amo.

A Mi Esposo

Mario Alberto Florián Cruz, me has apoyado incondicionalmente, me has ayudado a levantarme cuando he tropezado, has estado conmigo cuando más lo he necesitado, eres mi mejor amigo, has sido mi inspiración para luchar y seguir adelante, gracias por tus sabios consejos, por no dejarme sola en ningún momento, por la paciencia que me has tenido, por tu gran amor y porque sólo gracias a ti hoy veo una de mis metas cumplidas. Gracias amor, te adoro.

A Doña Amanda y Waldemar (†)

Mil gracias por su cariño y sabios consejos, que desde el cielo se gocen de mi triunfo.

A Mis Hermanos

Marina, Carlos, Zoila, Arturo, Luis, Olga, Gloria, Rosario. Los amo por llenar mi vida de especiales e inolvidables recuerdos y amor fraternal.

A Mis Cuñados (as)

Por sus muestras de cariño

A Mis Sobrinos (as)

Por su cariño sincero, mil gracias.

A Mi Asesora:

Licda. Norma Navarro de Leiva por su acertada orientación, sus magníficos conocimientos y apoyo incondicional.

A Mis Catedráticos

Con respeto y agradecimiento por compartir sus conocimientos, en especial a: Lic. Fredi Fuentes, Lic. Oscar Minera, Lic. Juan José Tánchez, Lic Ervin López, Msc. Karina Juárez.

A Mis Amigos (as)

Por las experiencias, los momentos compartidos y el cariño incondicional, en especial a: Analù, Ingrid, Dulian, Diane Morales, Edgar Champney, Brune y Juan Francisco Díaz, Mohamed, David, gracias por su amistad.

A Lic. Miguel Angel Reyes

Por su amistad y lealtad.

A La Familia Valdez Guerrero

Por abrirme las puertas de su casa, la confianza brindada, los sabios consejos y sobre todo el amor que he recibido de parte de ustedes, mil gracias.

A Universidad Rafael Landívar

Por ser forjadora de profesionales capacitados al servicio de Guatemala

Quetzaltenango, 03 de febrero de 2009.

Ingeniero
Derik Lima
Coordinador Académico
Campus Quetzaltenango
Universidad Rafael Landívar
Su Despacho.

Estimado Ingeniero:

Me permito saludarlo respetuosamente y a la vez informarle que de acuerdo al nombramiento que se me hiciera en su oportunidad, he desarrollado el trabajo de tesis titulado "**DEPRESION EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA**", elaborado con mucho acierto por la **PEM ENMA CRISTINA MARROQUIN REYES**, previo a optar al título y grado académico de Licenciada en Psicología.

Le manifiesto que, junto con el sustentante y mis criterios, se ha seguido todos los pasos que exige la metodología científica. A través del amplio desarrollo de su Marco Teórico, enfoca las variables como la depresión y la discapacidad física y para el efecto hizo acopio a una selecta bibliografía de connotados autores que le dan sustentación científica al tema investigado. Desarrolló un interesante trabajo de campo en el centro de Rehabilitación Fundabiem, Retalhuleu.

Por lo anterior expuesto emito dictamen favorable al trabajo en cuestión y solicito designar a la terna examinadora-revisora para que realice el trabajo afínente al caso.

Atentamente


Licda. Norma Navarro de Leiva
Asesora
Colegiado No. 5384



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

CAMPUS DE QUETZALTENANGO
Coordinación Académica de Campus
Teléfono (502)77229900 ext. 9863
Fax: (502) 77229864
14 Avenida 0-43 zona 3. Quetzaltenango
dlima@url.edu.gt

**COORDINACIÓN ACADÉMICA DE CAMPUS
UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
CAMPUS DE QUETZALTENANGO**

De acuerdo con el dictamen recibido de la asesora de tesis, Licenciada Norma Navarro de Leiva, del tema: "**DEPRESIÓN EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA**" investigado por el (a) estudiante **Enma Cristina Marroquín Reyes**, de la Licenciatura en Psicología, de la Facultad Humanidades, esta Coordinación autoriza la impresión de la tesis, como requisito previo a su graduación profesional.

Quetzaltenango, 03 de junio de dos mil nueve.


Ingeniero Jorge Derik Lima Par

COORDINACIÓN ACADÉMICA DE CAMPUS



NOTA: Únicamente el autor es responsable del contenido, doctrinas y criterios sustentados en su TESIS

Índice

I	Introducción.....	1
1.1	Depresión	11
1.1.1	Definición.....	11
1.1.2	Trastornos del estado de ánimo	12
1.1.2.1	Trastornos bipolares I y II.....	14
1.1.2.2	Causas de la depresión	17
1.1.2.3	Depresión y ansiedad infantil.....	21
1.1.2.4	Síntomas de la depresión	22
1.2	Discapacidad física.....	23
1.2.1	Definición.....	23
1.2.2	Tipos de discapacidades	23
1.2.2.1	Discapacidad sensorial.....	24
1.2.2.2	Discapacidad visual	24
1.2.2.3	Discapacidad auditiva	24
1.2.2.4	Discapacidad mental	25
1.2.2.5	Discapacidad física.....	26
1.2.2.6	Discapacidad e impedimento	28
1.2.2.7	El retraso mental como discapacidad.....	28
1.2.2.8	El optimismo, un antídoto contra la depresión y el bajo rendimiento.....	29
II.	Planteamiento del Problema.....	30
2.1	Objetivos.....	32
2.2	Hipótesis.....	33
2.3	Variables de estudio	33
2.4	Definición de variables	33
2.4.1	Definición conceptual	33
2.4.2	Definición operacional	34
2.5	Alcances.....	34
2.6	Limites.....	34
2.7	Aporte	34

III.	Método	36
3.1	Sujetos	36
3.2	Instrumentos	36
3.3	Procedimiento	37
3.4	Diseño	37
3.5	Metodología estadística	38
IV.	Presentación de Resultados	40
V.	Discusión de Resultados	41
VI.	Propuesta	46
VII.	Conclusiones	54
VIII.	Recomendaciones	55
IX.	Referencias Bibliográficas	56
X.	Anexos	60

Resumen

El objetivo de este estudio fue identificar el nivel de depresión que presentan las personas con discapacidad física, que asisten al centro de rehabilitación Fundabiem, Retalhuleu; se utilizó como instrumento la Escala de Depresión de Beck como test, el que permitió establecer el nivel de depresión que sufren las personas sujeto de estudio.

Esta investigación es de tipo descriptivo, se realizó con un universo de 35 personas de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 18 a 55 años de edad y tenían como característica sufrir algún tipo de discapacidad física y estar mentalmente sanos.

En la metodología estadística se trabajó con la significación de proporciones, fiabilidad de proporciones, de lo cual se obtuvo como resultado que las personas con discapacidad física manifiestan depresión.

I. Introducción

El problema de la discapacidad es uno de tantos problemas que aquejan a todas las sociedades del mundo, en este medio también es un problema serio que necesita soluciones. Las discapacidades físicas especialmente han disminuido gracias a la intervención de la medicina, algunas han mejorado debido a las intervenciones quirúrgicas y a la fisioterapia entre otras cosas. La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia y, en cuanto tal, refleja alteraciones a nivel de la persona. La discapacidad concierne a aquellas habilidades, en forma de actividades y comportamientos compuestos, que son aceptados por lo general como elementos esenciales de la vida cotidiana.

La sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente y perder interés en las cosas que antes disfrutaba es a lo que se llama depresión, se debe saber que la depresión es una enfermedad como la diabetes o la artritis, y no es solo una sensación de tristeza o de desánimo. Esta enfermedad progresa cada día, afecta los pensamientos, sentimientos, salud física, y la forma de comportarse.

La depresión no es culpa de la persona que la padece, tampoco es una debilidad de la personalidad; es una enfermedad médica que es muy frecuente y puede afectar a cualquier persona.

Muchas personas han llegado a considerar como signo de debilidad mostrar que se sienten deprimidos, y en consecuencia tienden a combatir esa sensación; las actitudes hacia la depresión suelen proceder de un acondicionamiento desde la infancia.

Una depresión que se prolonga indefinidamente, sin explicación razonable, no debe considerarse como reacción inevitable de la discapacidad. La depresión puede ser un síntoma de cualquier enfermedad, o constituir por sí misma una condición clínica. La discapacidad repentina va siempre acompañada de una devastadora depresión.

La discapacidad concierne a aquellas habilidades, en forma de actividades y comportamientos compuestos, que son aceptados por lo general como elementos esenciales de la vida cotidiana. Son ejemplos de ellos las alteraciones de las formas apropiadas del comportamiento personal, el desempeño de otras actividades de la vida cotidiana y de las actividades locomotrices, como la capacidad de caminar. Decir que

alguien tiene una discapacidad es mantener la neutralidad, ya que son posibles distintos matices de interpretación en relación con su potencial. Sin embargo, las afirmaciones formuladas por el sentido de lo que alguien es, en vez de lo que alguien tiene, suelen ser más categóricas y negativas. Por eso, cuando se habla de que alguien está discapacitado como si con ello se hiciera una descripción convincente de este individuo, se corre el peligro de resultar ofensivo y de crear un estigma. Cuando se intenta aplicar el concepto de discapacidad, hay que tener mucho cuidado con la forma en que se expresan las ideas. Como se refiere especialmente a las actividades, la discapacidad tiene relación con lo que ocurre -la práctica- en un sentido relativamente neutro, más que con lo absoluto o lo ideal y con cualquier juicio que se quiera hacer al respecto.

Tales aseveraciones o argumentos son validados en su contenido por distintos autores, quienes se han referido al tema en los estudios plasmados en sus respectivas investigaciones.

Revista Cristo para todas las naciones (1994), en su artículo Como superar la depresión, menciona que la depresión es tan antigua como la humanidad y es la forma más común de sufrimiento emocional. Es el virus emocional que ataca a todas las personas en algún momento. Debido a la ruptura de los lazos familiares, lo que parecía estable y confiable se desmoronaba ante los ojos de la persona depresiva, produciendo un sentimiento de impotencia ante la realidad; una causa principal de la depresión es el sentimiento de separación de las personas con las que se convive, haciendo perder la fuerza y el estado de ánimo necesario para enfrentar la vida. Cuatro de cada cinco personas prefieren soportar en silencio su sufrimiento. Se han registrado suicidios en niños, quienes también han sido víctimas de ataques fuertes de depresión.

De León (1999), en su tesis mecanismos de defensa en niños minusválidos, investigó que innumerables veces el rechazo de la humanidad hacia todos aquellos sujetos víctimas de alguna discapacidad. Consciente o inconscientemente, debido a que la sensibilidad humana hacia ellos ha sido muy lenta en desarrollarse. Trabajo con 20 niños de ambos sexos comprendidos entre las edades de 6 a 10 años que asisten al centro de rehabilitación Fundabiem Quetzaltenango, así, como un grupo de niños equivalente en edades y número seleccionados aleatoriamente quienes forman el grupo de control. Utilizo el test de Apercepción Temática para niños (CAT), obtuvo como resultados que la mayoría de mecanismos de defensa fueron altamente significativos. Concluyo que el grupo de niños minusválidos estudiados fue divergente significativamente del grupo de niños de control, lo

cual llega a concluir que los minusválidos hacen uso constante y con mayor intensidad de mecanismos de defensa como una forma de proteger su yo. Recomendó que debe tratarse que el niño conozca a otras personas con la misma minusvalía, sobre todo niños que lleven una vida plena y feliz.

La revista de psicología conductual (2001), en el artículo efectos terapéuticos de la privación del sueño en la depresión, publicó una investigación, donde el 40 – 60% de los sujetos deprimidos mejora su estado clínico después de una noche de privación total de sueño, sin embargo, la respuesta antidepresiva es transitoria. Se produce generalmente una decaída después del sueño de recuperación. Otras manipulaciones del sueño también, han mostrado propiedades antidepresivas del sueño, la selección selectiva de la fase de sueño MOR (con movimiento ocular rápido) y el avance del ciclo sueño vigilia, el momento y la duración del efecto varían en las diferentes manipulaciones del sueño. Se concluyó que ninguna "teoría" propone un mecanismo de acción a la base del efecto antidepresivo, de la privación del sueño que expliquen todos los datos empíricos existentes.

Ascatad (2002), en su revista prevención, detección y atención temprana de la discapacidad, sostiene que tanto el padre como la madre de una persona con discapacidad debe estar siempre dispuesta a capacitarse en temas como crecimiento personal y espiritual, manejo de autoestima, prevención, saneamiento básico, medio ambiente, salud, educación y todo lo relacionado con discapacidad. Además define a la autoestima, como la clave para que el individuo logre un desarrollo psicológico saludable.

Harris (2002), en el artículo paquete de información del estudio de las incapacidades; hace notar que el enfoque de las incapacidades como ellos las llaman, se había hecho hasta ahora desde tres modelos, el modelo que necesitan ser curados; el psicológico, que individualizó sus experiencias y las clasificó como patología, y el sociológico, que declaró que los discapacitados fueron estigmatizados por la sociedad. En el artículo proponen un nuevo modelo para el estudio de las incapacidades, el cual la clasifica como una construcción social que no niega que hay diferencias físicas entre unos y otros, pero el significado y la esencia de estas diferencias dependen de cómo la sociedad las interprete.

Así pues, el estudio de las incapacidades (especialmente físicas) ve a la sociedad en sí, como al aspecto problemático y no al individuo, por lo tanto, la solución no viene de este último, sino de la disolución de barreras que impiden que las personas con incapacidades participen en sus comunidades y en la sociedad en general.

Pérez (2002), en su tesis *Los factores que influyen en la contratación de personal discapacitado*, realizó un estudio con treinta y ocho empresas que han contratado personas con discapacidad. El objetivo de la investigación fue detectar los factores influyentes en la contratación de personal discapacitado. Concluyendo que el principal factor por el cual no contratan a personas discapacitadas es la ignorancia al respecto de las discapacidades. El aporte de este estudio fue dar a conocer que las personas discapacitadas pueden realizar bien un trabajo determinado, con una capacitación especial o equipo. De igual forma, se establece que toda persona discapacitada puede tener las habilidades y destrezas necesarias para cualquier puesto que se le asigne; solamente necesitan de una instrucción más específica y una cierta inversión si su discapacidad y el puesto lo requieren.

Cifuentes (2003), en su tesis *La terapia de la realidad como tratamiento para el desarrollo de la autoestima en personas minusválidas*, en su introducción dice que uno de los rasgos humanos más valiosos para el individuo saludable, enfermo o físicamente impedido, es la plena aceptación de sí mismo. Trabajo con 30 personas de ambos sexos, elegidos entre los pacientes que asisten al centro de atención Fundabiem, Mazatenango, Suchitepéquez, comprendidas entre las edades de 16 a 43 años, con características de sufrir algún tipo de discapacidad física y estar mentalmente sanos, administro el Test del EAE, para medir su nivel de autoestima, aplico la terapia de la realidad durante seis sesiones por un mes. Concluye que como resultado de la investigación, se pudo comprobar que la muestra manifestó niveles bajos de autoestima en las escalas V (ambición y confianza en sí mismo), y VII (optimismo) antes de la terapia, así como fiabilidad en ambos resultados.

Peña (2003), en su tesis *Autoconcepto en niños con discapacidad física*, de Fundabiem Mazatenango, Suchitepéquez, en su introducción dice que cuando se habla del término de autoconcepto, especialmente en los niños con discapacidad física, se entra a un campo tan profundo, pero también tan común en el desarrollo de la sociedad y en las instituciones de rehabilitación, pues para el personal y los pacientes es un diario vivir, en el cual se presentan diferentes casos que son atendidos con mucho interés. Su estudio fue tipo descriptivo, se realizó con el universo de 90 niños de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 5 a 10

años, utilizo como instrumento el test psicológico EPAI-95, escala de percepción del autoconcepto infantil, trabajo la metodología estadística con la significación, fiabilidad de la media y desviación típica, obtuvo como resultado, que los niños con discapacidad física tienen un nivel de autoconcepto bajo, dentro de sus recomendaciones a los padres de familia dice que deben involucrarse más en el tratamiento y terapia de sus hijos, para demostrar una actitud de aceptación y realismo a la discapacidad que afronta el niño.

Alonzo (2003), en su tesis Depresión en niños minusválidos, en su introducción dice que a lo largo de la historia se puede observar que la sociedad no ha prestado la necesaria atención a los niños minusválidos, ya que este problema abarca todos los estratos sociales y no respeta edad, credo y sexo, dice también que la minusvalía es un tema que se debe tratar a fondo para no perjudicar al ser humano en formación. Se debe hacer conciencia al niño que tiene alguna limitante, pero que se le acepta tal y como es, además se le respeta y es parte del grupo en el que vive. Eligió una muestra de 20 niños minusválidos de Fundabiem, Retalhuleu e igual número de niños no minusválidos de la escuela oficial urbana mixta de aplicación, jornada matutina, de Retalhuleu, el instrumento que utilizo fue el Cuestionario de depresión para niños. Childrens Depresión Scale (CDS), dentro de sus conclusiones dice que la depresión en niños minusválidos aparecerá siempre y cuando los padres, familiares y personas con las que convive no le brinden una atención adecuada, impidiéndole así realizar algunas actividades que le permitan sentirse útil. Y, recomienda a los padres de familia, a los docentes e instituciones que trabajan con niños que manifiestan una limitante física, recordar que es el ambiente en el que se desenvuelven los niños el que dependerá el desarrollo de la depresión dentro de sí mismos.

Escobedo (2003), en la tesis titulada Eficacia clínica de la terapia cognitiva en el tratamiento de depresión y trastorno del pánico, en la que se tuvo una muestra de dos sujetos de 40 y 31 años, realizada en la ciudad de Guatemala; y como objetivo general determinar si la terapia cognitiva es eficaz en el tratamiento de la depresión y el trastorno del pánico. Los instrumentos utilizados son el inventario de depresión de Beck y el inventario de ansiedad del mismo autor. Según los resultados del estudio ambos casos alcanzaron un mejoría del 75%, sin embargo en el caso del trastorno del pánico se logro una remisión parcial del 50% en la escala de BAI.4

Concluye que la terapia cognitiva es efectiva en los casos estudiados y que es una terapia que modifica la percepción del paciente hacia la enfermedad, y la vida en general de manera que cambia las creencias centrales del mismo convirtiéndolas en realistas y adaptadas a la forma de ver la vida. Así mismo recomienda realizar más investigaciones de tipo experimental que logren determinar la efectividad de éste modelo en el tratamiento de otros trastornos.

La revista enseñanza e intervención en psicología (2003) en el artículo Tiene usted depresión, menciona que ciertamente, algunas enfermedades, son mucho más amenazantes que otras, por cuanto implican discapacidad, desfiguración, y dolor, en general, hay mayores dificultades para adaptarse a las enfermedades que afectan la imagen corporal y por lo tanto la auto imagen de las personas cambia la forma en que la persona se ve a sí misma y a su vida, afecta profundamente su auto concepto ya que desde éste momento en adelante, todo será distinto. Su proyecto de vida, deberá ser revisado y, a menudo, no podrá saber cuál será su curso. Esto, llevaría al paciente, a una fase de pérdida de confianza en sí mismo y a un debilitamiento progresivo de la auto percepción de su Yo, que no lo haría sentir merecedor de respeto y afecto, impulsándolo a bajos niveles de autoestima, que a la vez influenciarían su auto eficacia y por ende, la posibilidad de acceder, a eventos reforzante de tipo social todos estos síntomas provocan la depresión en pacientes en los cuales hay algún cambio corporal como es el caso de los pacientes con amputaciones.

Quan (2003), en la tesis titulada Niveles de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia domestica por parte del cónyuge; en donde la muestra de estudio fue 24 mujeres, dividida en dos grupos de; 12 víctimas de violencia y 12 que no era víctimas de violencia estudio realizado en el departamento de Sacatepéquez. Con el objetivo general de comparar y relacionar los niveles de ansiedad y depresión de los dos grupos. Los instrumentos del estudio fueron cuestionario de datos generales, cuestionario CSR para el índice de abuso y el Inventario Autoevaluación de Ansiedad STAI y el Inventario de Depresión de Beck para la depresión. Los resultados revelaron que existe un diferencia estadística significativa de 0.05 en los niveles de ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión de ambos grupos, sin embargo son más altos los índices depresivos en comparación con los índices de ansiedad.

Gráficamente se determino que los niveles depresivos es más alto en mujeres víctimas de violencia domestica del grupo que no es víctima de violencia domestica. Concluye que se encontraron varios tipos de violencia en la muestra y que la psicológica es la más frecuente

luego la violencia sexual y económica seguida la física y por último la violencia patrimonial. En lo que respecta al alto riesgo para la salud mental de la mujer en la mayoría deja profundas secuelas. Es por ello que recomienda desarrollar programas de salud mental comunitaria para atender el problema y proponer un tratamiento para agresores para que el ciclo de violencia pueda terminar. Además que el patrón de aprendizaje sea erradicado.

Antonini (2004), en el artículo Arrastrando el gis, publicado en internet, dice que la depresión es uno de los mayores padecimientos de este tiempo. Millones de personas en todo el mundo, sin importar razas, nacionalidades o culturas sufren esta enfermedad que aparece cuando el rumbo de la vida no está de acuerdo a las expectativas y se toma el camino de la resignación y el desánimo sin poder encontrar ninguna otra salida. La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrenta la gente hoy en día. Millones de personas en el mundo sobreviven en medio de la depresión. Ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres y mujeres, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.

Según la procuraduría de los derechos humanos (2004), en Guatemala uno de los problemas más grandes para los ancianos institucionalizados es la depresión, y las instituciones no encuentran una solución viable que ayude a disminuirla. Por lo tanto, esta investigación pretende determinar cómo disminuyen los niveles de depresión en un grupo de ancianos institucionalizados que se someten a un programa de terapia ocupacional. Ésta debe intentar distraer a los pacientes depresivos de sus angustias y determinar las necesidades de cada uno para cerciorarse de que el paciente está mejor, dispuesto para enfrentarse a futuras dificultades.

La terapia ocupacional ofrecerá a los pacientes variedad de tareas estableció que de cuatro grupos, dos recibirían el tratamiento experimental y otros dos el tratamiento control. En esta investigación se determinó que durante dieciséis sesiones de psicoterapia Racional Emotiva no se produce cambios en la conducta en el área de Depresión.

Peralta (2004), menciona que nadie pone en duda la existencia de la depresión en la adolescencia, que según se avanza en edad, suele parecerse más a un cuadro típico que se presente en el adulto. No obstante, el adolescente puede revelar un tipo especial de depresión, que es la que se denomina depresión caracterial y que se manifiesta principalmente en trastornos de carácter. Habla del inicio del consumo de bebidas

alcohólicas en edades púberes y adolescentes, y el considerable aumento en estos tiempos, se debe no sólo a una razón de liberación social y una manera de estar en grupo, sino al intento del adolescente de superar la depresión por los propios medios.

Ya que en muchas ocasiones no se tiene la ayuda de los padres de familia por lo que se da por hecho que la adolescencia tiene que ser una edad difícil y no es nada seguro que tenga que ser así como si la adolescencia tuviera que ser una paradójicamente normal y pasajera enfermedad psico social. Por ello, se consideran como normales los problemas, a veces muy fuertes, que presentan los chicos a esta edad y que son minimizados y atribuidos a la mala voluntad o a las indeseables amistades o compañías que frecuentan.

En la actualidad los adolescentes sufren más depresiones, lo que sucede es que no se dan cuenta o creen que tienen que ser así, o no quieren reconocerlo, porque ellos lo viven como una merma de la persona que atenta gravemente contra el amor propio, tan exacerbado en esa etapa de la vida.

Cerviño (2005), el artículo titulado Una basurita en el ánimo, de la revista yo; indica que es muy común cometer el error de pensar que la depresión es un defecto de carácter o algo que les sucede a las persona más débiles, a los perdedores. El esquema actual del éxito, en donde se pondera el entusiasmo, empuje, energía ánimo y buen humor, apoya esa sentencia.

Sin embargo la depresión no es un asunto de moda ni un defecto de la personalidad, sino un desorden que afecta la capacidad de las personas para funcionar en cualquier enfermedad que está alterando el equilibrio, hay que tratarla. Ante un cúmulo de situaciones en donde se está perdiendo el control, sea por cuestiones externas o porque se está dando respuestas efectivas, las manifestaciones tanto físicas como emocionales no se dejan esperar. Tarde o temprano se presentan haciendo más patente que algo no funciona de manera adecuada y que rompe con el equilibrio (homeostasis) que mantiene a las personas saludables.

Las pérdidas personales, laborales o eventos altamente impactantes, también generan estados emocionales perturbadores y, sin apenas percatarse de ellos, los malestares irrumpen como si algo dentro del cuerpo hubiese cambiado. Cerviño concluye afirmando que la depresión no es consecuencia de una sola causa sino de varios agentes, los cuales son,

herencia, factores bioquímicos, situaciones estresantes, trastornos afectivos y rasgos de personalidad.

Espinoza (2007), en la tesis titulada dinámica familiar en que vive una niña con depresión infantil, realizó su trabajo de investigación con el objetivo de describir la dinámica familiar de una niña diagnosticada con depresión.

La muestra del estudio estuvo limitada a la población infantil que asiste al Instituto de Psicología Dr. José Pacheco Molina. La sujeto de estudio fue una niña de 9 años edad, de un nivel socioeconómico bajo, y que reside en la ciudad capital.

Esta investigación es de tipo cualitativo. Se trabajó a través de un estudio de caso. Los instrumentos que se utilizaron para la elaboración fueron una entrevista semiestructurada realizada a la madre de la niña y un genograma para ilustrar con mayor detalle la dinámica familiar. A través de ellos se conocieron los siguientes aspectos, aceptación del niño, empatía, comunicación, expresión de emociones, desempeño de roles familiares, relaciones familiares y alianzas, disciplina, resolución de conflictos, y participación en actividades familiares.

Después de haber analizado los resultados se concluyó que la dinámica familiar un factor importante en la estabilidad y desarrollo emocional del infante, y que los procesos interaccionales entre sus miembros son los principales factores que influyen en el mantenimiento de la sintomatología depresiva.

Se comprobó que la sujeto de estudio mantiene un equilibrio en la dinámica familiar a través de la sintomatología depresiva.

Quintana (2008), en la tesis titulada eficacia de un programa basado en técnicas de la terapia cognitivo-conductual para reducir la intensidad de la ansiedad en madres de niños discapacitados el objetivo de esta investigación fue establecer si la aplicación de un programa basado en técnicas de la terapia cognitivo-conductual reduce la intensidad de ansiedad del grupo de madres de niños con discapacidad beneficiarios de FUNDABIEM.

Es una investigación cuantitativa con un diseño experimental, pre-test y post-test con un grupo control, en la cual se seleccionó a las madres del grupo experimental aleatoriamente. Se aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton para medir la intensidad de la ansiedad antes y después del proceso terapéutico.

Los resultados obtenidos tras la aplicación del programa, muestran disminución significativa de la intensidad de ansiedad en la totalidad de las madres del grupo experimental.

Es por ello que se concluyó la eficacia del programa basado en técnicas de la Terapia Cognitivo- Conductual como medio de trabajo en la disminución de ansiedad en las madres de niños discapacitados.

Los conceptos expuestos en el contenido anterior, fundamenta en los distintos ensayos y tesis de los autores citados, lleva a conocer en forma más precisa los elementos que conforman el planteamiento objeto de estudio.

1.1 Depresión

1.1.1 Definición

Diccionario de psicología (1999), Define que la depresión es un estado emotivo de actividad psicofísica y desagradable, que puede ser normal o patológico, la palabra depresión designa una disposición psíquica de desesperación y un abrumador sentimiento de insuficiencia y de bajeza.

Enciclopedia de la psicología (2001), Establece que es un trastorno del humor caracterizado por una alteración significativa del estado de ánimo primordialmente compuesta de tristeza y ansiedad, que suele asociarse a síntomas físicos (cansancio, pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual) y a una reducción de la actividad social. Constituye, junto con los trastornos de angustia, la disfunción mental más frecuente en la población general.

Encarta (2005), indica que la depresión es un trastorno del humor, caracterizado por una alteración significativa del estado de ánimo primordialmente compuesta de tristeza y ansiedad que suele asociarse a síntomas físicos (cansancio, pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual) y a una reducción de la actividad social. Constituye junto con los trastornos de angustia, la disfunción mental más frecuente en la población general.

Sarason y Sarason (2000), menciona que la depresión es un estado de ánimo en donde las emociones están en constante evolución y cambio, para la mayoría de las personas estos cambios y oscilaciones emocionales se enmarcan dentro de unos límites predecibles y ante situaciones más o menos conocidas, lo que les permite ejercer cierto grado de control sobre las mismas. Otras personas sin embargo se muestran aparentemente incapaces de ejercer cierto control y gobierno sobre sus propias emociones, bien por su duración, por su intensidad, por su frecuencia o por su aparente autonomía, estos sentimientos escapan a su control, interfiriendo en forma significativa en todos los ámbitos de la vida, alcanzando la categoría de patológicos, con consecuencias potencialmente letales para el sujeto.

Posiblemente todo el mundo ha experimentado los síntomas de la depresión: la soledad, temor al futuro, los contratiempos de la vida, incluso los cambios de estación pueden hacer sentir a las personas faltas de energía, sin fuerza para levantarse, con dificultades para concentrarse y poner atención. Las depresiones representan el área más importante de los trastornos afectivos y suponen junto con los trastornos de ansiedad, las alteraciones mentales

más frecuentes. Además por las importantes repercusiones personales, sociales y asistenciales que acarrearán, constituyen uno de los principales problemas de la salud mental.

Enciclopedia problemas de aprendizaje, diccionario (2004), hace referencia que la depresión es un estado del que se encuentra deprimido, con ánimo triste y melancólico. Es de origen psicofisiológico. Suele acompañarle angustia y ansiedad. Requiere de un tratamiento psiquiátrico, el paciente pierde intereses, es causa de una deficiente educación, cuando no nula. Se distingue por aflicción y desconfianza.

Enciclopedia de la psicología (2003), Menciona que la depresión es un trastorno del humor caracterizado por una alteración significativa del estado de ánimo, primordialmente compuesta de tristeza y ansiedad, que suele asociarse a síntomas físicos, cansancio, pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual, y a una reducción de la actividad social, constituye junto con los trastornos de angustia, la disfunción mental más frecuente en la población general.

1.1.2 Trastornos del estado de ánimo

DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2003), se refiere con respecto a los trastornos de estado de ánimo como aquellos que tienen una característica principal, la alteración del humor, y que se dividen en tres partes, la primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco). Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares.

√ Episodio depresivo mayor

Características del episodio, la característica esencial de un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto debe experimentar también al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

√ Episodio Maníaco

Características del episodio, un episodio maníaco se define por un periodo concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Este periodo de estado de ánimo anormal debe durar al menos 1 semana. La alteración del estado de ánimo debe ir acompañada por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir lenguaje verborrérico, fuga de ideas, distraíbilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves.

El estado de ánimo elevado de un episodio maniaco puede describirse como eufórico, anormalmente bueno, alegre o alto. Si bien estado de ánimo del sujeto puede inicialmente tener una cualidad contagiosa para el observador externo, los que conocen bien a la persona lo reconocen como excesivo. La cualidad expansiva del estado de ánimo se caracteriza por un incesante e indiscriminado entusiasmo en las interacciones interpersonales, sexuales o laborales.

√ Episodio mixto

Características del episodio, un episodio mixto se caracteriza por un periodo de tiempo de al menos 1 semana de duración, en el que casi cada día se cumplen los criterios tanto para un episodio maniaco como para un episodio depresivo mayor. El sujeto experimenta estados de ánimo que se alternan con rapidez, tristeza, irritabilidad, euforia, acompañados de síntomas de un episodio maniaco y de un episodio depresivo mayor. Los síntomas de presentación suelen incluir agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida. La alteración debe ser suficientemente grave como para provocar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, o esta caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos.

√ Episodio hipomaníaco

Características del episodio, un episodio hipomaniaco se define como un período delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos 4 días. Este período de estado de ánimo anormal debe ir acompañado por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la auto

estima o grandiosidad, no delirante, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborrico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves.

El estado de ánimo elevado de un episodio hipomaníaco se describe como eufórico, extrañamente bueno, alegre o alto. Si bien el estado de ánimo del sujeto puede inicialmente tener una cualidad contagiosa para el observador externo.

En general, los episodios hipomaníacos comienzan de forma brusca, con un incremento rápido de los síntomas en 1 o 2 días. Los episodios suelen durar de algunas semanas a varios meses y son más breves y con un final más brusco que los episodios depresivos mayores. En muchos casos el episodio hipomaníaco puede ir precedido o seguido de un episodio depresivo mayor. Un episodio hipomaníaco debe diferenciarse de un trastorno de estado de ánimo debido a enfermedad médica.

1.1.2.1 Trastornos bipolares I y II

Es un trastorno caracterizado por cambios en el estado de ánimo que van desde la manía (un sentimiento de bienestar, estimulación y grandiosidad exagerado en el cual la persona pierde contacto con la realidad) hasta la depresión (un sentimiento abrumador de tristeza, ansiedad, baja autoestima, que puede incluir pensamientos e intentos suicidas).

En el DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2003), se describen dos tipos de trastorno bipolar, tipo I y tipo II.

En el tipo I (anteriormente conocido como trastorno maníaco-depresivo), ha habido al menos un episodio maníaco completo; sin embargo, las personas con este tipo de trastorno también pueden experimentar episodios de depresión mayor.

En el tipo II, los períodos de hipomanía implican síntomas maníacos menos severos que alternan con, al menos, un episodio depresivo mayor. Cuando los pacientes tienen un período de empeoramiento, pueden estar en un estado maníaco, un estado depresivo o una combinación de ambos.

Trastorno Bipolar I, las siguientes son algunas de las combinaciones que se presentan en el trastorno bipolar.

Criterios Diagnósticos para el Trastorno Bipolar I (episodio maníaco único)

Presencia de un único episodio maníaco, sin episodios depresivos anteriores.

El episodio maníaco no se explica mejor por presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Criterios Diagnósticos para el Trastorno Bipolar I (episodio más reciente hipomaníaco)

Actualmente (o el más reciente) en un episodio hipomaníaco.

Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los desordenes mentales (2003,) los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Criterios Diagnósticos para el Trastorno Bipolar I (episodio más reciente maníaco)

Actualmente (o el más reciente) es un episodio maníaco.

Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto.

Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Criterios Diagnósticos para el Trastorno Bipolar I (episodio más reciente mixto)

Actualmente (o el más reciente) es un episodio mixto.

Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto.

Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Criterios Diagnósticos para el Trastorno Bipolar I (episodio más reciente depresivo)

Actualmente (o el más reciente) es un episodio depresivo mayor.

Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Criterios Diagnósticos para el Trastorno Bipolar I (episodio más reciente no especificado)

Actualmente (o en el episodio más reciente) se cumplen los criterios, excepto en la duración, para un episodio maníaco, hipomaníaco, mixto o episodio depresivo mayor. Previamente se han presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. una droga, un medicamento y otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo).

Trastorno Bipolar II

La característica esencial del trastorno bipolar II es un curso clínico caracterizado por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniáco.

La presencia de un episodio maniáco o mixto impide que se realice el diagnóstico de trastorno bipolar II.

Criterios Diagnósticos para el Trastorno Bipolar II

- √ Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores.
- √ Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaniáco
- √ No ha habido ningún episodio maniáco, ni un episodio mixto.

Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social/laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

1.1.2.2. Causas de la depresión

Ferketick (2000), explica que es un antecedente del corazón que afecta tanto a hombres como a mujeres, dice que algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin

embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad, posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.

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. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales.

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 abruma 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.

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 a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, 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.

√ Depresión en la mujer

La depresión se da en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del hombre. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos.

Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por su sigla en inglés) demostró que las mujeres predispuestas a padecer del síndrome premenstrual (SPM) severo se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales con una medicación. Si se deja de dar dicha medicación, 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.

Muchas mujeres tienen un riesgo alto de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden llevar a una depresión de posparto. Aunque las madres nuevas comúnmente tienen periodos pasajeros de tristeza, un episodio depresivo severo no es normal y requiere tratamiento. El tratamiento por un médico sensible, y el apoyo emocional de la familia son de importancia vital para que la nueva madre recupere su bienestar físico y mental. El tratamiento devuelve la capacidad para cuidar y disfrutar el niño.

√ Depresión en el hombre

Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, de tres a cuatro millones de hombres en los Estados Unidos son afectados. El hombre tiende a ser más reacio para admitir que tienen depresión. Por lo tanto, el diagnóstico de depresión puede ser más difícil de hacer. El hombre es diagnosticado menos que la mujer. La tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer. 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. Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en ambos sexos. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo.

El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. En el hombre, no es raro que la depresión se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo

tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiende menos a buscar ayuda. El apoyo familiar generalmente es una ayuda importante. Algunas compañías ofrecen programas de salud mental para sus empleados. Estos pueden ser de gran ayuda para el hombre. Es importante que el hombre deprimido entienda y acepte la idea que la depresión es una enfermedad real que requiere tratamiento.

√ Depresión en la vejez

Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. Por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas. Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Con un tratamiento adecuado, el anciano tendría una vida placentera. Cuando la persona de edad va al médico, puede solo describir síntomas físicos. Esto pasa por que el anciano puede ser reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona mayor 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 salud mental. 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 toma, o debidos a una enfermedad física concomitante. Si se hace el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. La investigación científica reciente indica que la psicoterapia breve (terapia a través de pláticas 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 de la eficacia de la psicoterapia demuestran que la depresión en la vejez puede tratarse eficazmente con psicoterapia.

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

1.1.2.3 Depresión y ansiedad infantil

Enciclopedia problemas de aprendizaje (2004), refiere que el termino depresión puede indicar una amplia gama de situaciones que van desde un ánimo temporalmente decaído, hasta cierta disposición grave y crónica que se caracteriza por estado de autodestrucción y muerte. Se estima que el 28 por ciento d los niños enviados a clínicas padecen este trastorno.

Las características asociadas con la depresión entran en dos categorías, las físicas que se manifiestan por falta de apetito o pérdida de peso, o por lo contrario, demasiado apetito y aumento de peso, poca energía, fatiga, cansancio, dificultad para concentrarse o pensar irregularidades en el sueño; y las conductuales, que incluyen la melancolía, tristeza, desamparo, actitud sombría, desconsuelo o irritabilidad.

Otros síntomas conductuales son apatía, falta de interés por actividades que antes se disfrutaban, llanto excesivo y frecuente, auto devaluación, autor reproches, aprensión, bajo rendimiento escolar, sentimientos exagerados de culpa, hablar de muerte o suicidio, intentos suicidas, aislamiento social, falta de reactividad (nada parece elevar el ánimo del niño) y problemas psicomotores.

Los problemas psicomotores contemplan dos tipos o puntos de conducta, retardo psicomotor y agitación psicomotora. En el primero, la conducta y los procesos del pensamiento de tornan lentos; el niño tarda demasiado en responder preguntas, su habla es muy acompasada y presenta una exagerada lentitud en toda la actividad motora, la agitación psicomotora se caracteriza por intranquilidad, agitación y altos niveles de actividad.

La depresión se asocia con deseos e ideas suicidas. Aun los niños de cinco años pueden comportarse de maneras que voluntariamente los llevan a la muerte. El especialista no debe pasar por alto las tendencias suicidas en niños con depresión. Cualquier alusión al respecto debe tomarse en serio y buscar de inmediato ayuda profesional.

En el ambiente escolar, los maestros se pueden dar cuenta de conductas depresivas al observar en los alumnos algunas de las manifestaciones descritas; pero no hay que olvidar que existe cierta categoría de de reacciones depresivas enmascaradas que hacen creer que el niño es hiperactivo o impulsivo, cuando lo que padece es una severa depresión.

1.1.2.4. Síntomas de la depresión

Hoff (2001), dice que la depresión presenta demasiados síntomas y los clasifica de la siguiente manera

Síntomas físicos

- √ Pérdida del apetito y/o comer en exceso.
- √ Cambios de hábitos de dormir (insomnio)
- √ Mareos.
- √ Palpitaciones cardiacas.
- √ Dificultades respiratorias.
- √ Presión en el pecho.
- √ Acidez estomacal.
- √ Estreñimiento.

Síntomas emocionales

- √ Sentimientos de culpa e indignidad.
- √ Apatía, desgano y la actitud de no me importa.
- √ Ensimismamiento.
- √ Tristeza profunda y constante.
- √ Desesperanza.
- √ Autoacusación.
- √ Tendencia al llanto.
- √ Baja autoestima.
- √ Problemas sociales.
- √ Ideas suicidas.

Síntomas somáticos

- √ Cefaleas sin razón de ser.
- √ Dolores sin causa justificada.

1.2 Discapacidad física

1.2.1 Definición

Política y normativa de acceso a la educación para la población con necesidades educativas especiales, ministerio de educación (2001), define a la discapacidad como una deficiencia física, mental o sensorial que puede ser de naturaleza permanente o temporal, causada o agravada por el entorno físico, económico y social, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades de la vida diaria.

Enciclopedia problemas de aprendizaje, diccionario (2004), refiere a la discapacidad como la falta de habilidad para realizar una función específica como ver u oír.

Política y normativa de acceso a la educación para la población con necesidades educativas especiales (2001), establece que una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, puede ser causada o agravada por el entorno físico, económico y social.

1.2.2. Tipos de discapacidades

Manual de atención a las necesidades educativas especiales en el aula (2004), menciona que las discapacidades se clasifican con fines de estudio, lo cual no significa que se den en forma aislada, estas generalmente se conjugan, esto hace más grande el problema, cuando una sola persona, puede presentar dos o más discapacidades, el diagnóstico se hace de acuerdo a la que mas predomine en el cuadro clínico del paciente.

1.2.2.1. Discapacidad sensorial

Es aquella en la cual están comprometidos los órganos de los sentidos por ejemplo: la vista, el tacto, oído; pero las discapacidades más comunes son visuales, auditivas y del lenguaje, estas personas son llamadas ciegos y sordomudos, términos que ya están caducos, según la OMS.

1.2.2.2. Discapacidad visual

Es la que afecta la vista de las personas, su clasificación depende de la gravedad del problema. Los defectos de la visión, perjudican al sujeto en otros aspectos de su personalidad, por ejemplo: son introvertidos y muy dependientes además causan retraso en el desarrollo del lenguaje, esto se debe a que no pueden ver los labios de la persona que habla. Los no videntes carecen de los estímulos visuales y los que reciben son deficientes lo cual afecta el desarrollo de su pensamiento, esta dificultad aparece cuando el niño debe seguir los objetos con la vista, el niño ciego entonces se guiara por los sonidos, el tacto y no por su visión.

1.2.2.3. Discapacidad auditiva

Existen dos formas en que los sujetos pueden recibir los estímulos sonoros, presentando así dos problemas también, en primer lugar es importante mencionar que el sonido presenta características que son el timbre y la altura. La persona con problemas auditivos no percibe el sonido o lo percibe distorsionado y lo confunde con otros sonidos. Esta discapacidad provoca dificultad en el aprendizaje y puede ocasionar aislamiento, la discapacidad auditiva se puede clasificar dependiendo en donde se localiza la lesión, puede ser conductiva, neurosensorial y mixta. De acuerdo al grado de la pérdida auditiva se divide en leve, moderada y severa.

- √ Perdida conductiva. Es la que se produce por una disfunción del oído externo o del oído medio. Se puede corregir a través de procedimientos médicos, farmacológicos o por medio de cirugías. Algunas de estas pérdidas son transitorias, por ejemplo, los cambios de presión que se producen al volar en avión o al subir una montaña.

- √ Perdida neurosensorial. Es producida por una lesión en el oído interno, a nivel de la cóclea o del nervio auditivo. Este tipo de pérdida auditiva no se puede corregir, pero se puede ayudar con el uso de audífonos.
- √ Perdida mixta. Es la que presenta combinación de la pérdida conductiva y neurosensorial.
- √ Sordera. Se puede definir como la pérdida total de la audición y representa una inhabilidad para escuchar y comprender el lenguaje hablado, también se puede decir que es la incapacidad para oír. Dentro de los grados de pérdida auditiva que corresponden a la sordera se conocen el grado severo y el profundo. Las personas que tienen una pérdida severa tienen capacidad de escuchar palabras que se le griten al oído. Necesita aprender lenguaje de señas o lectura labio focal. En el grado profundo es incapaz de oír y entender aun cuando se le grite.
- √ Hipoacusia. Es la disminución de la audición, estas personas alcanzan a escuchar sonidos del medio ambiente y la voz. Las personas con este tipo de pérdida manifiestan problemas en su articulación y atención. Los de grado moderado tienen afectada la recepción del mensaje, discriminación y comprensión en medios ruidosos. Deben utilizar permanentemente el audífono.

1.2.2.4 Discapacidad mental

Es aquella en la que la persona tiene claro difícil de las funciones intelectuales, también presentan trastornos mentales. Por ejemplo: psicosis, retraso mental entre otros, los sujetos que padecen una deficiencia mental se encuentran más afectados y son las personas que presentan mayores problemas en la adaptación, generalmente van perdiendo el contacto con la realidad y no pueden manejar su vida. Las personas con discapacidades mentales no tienen ninguna responsabilidad en casi ninguno de los actos de su vida ya que ella depende de otras personas para poder sobrevivir.

La Asociación Americana del Retraso Mental (AAMR) considera que una persona tiene discapacidad intelectual, cuando existen limitaciones significativas en dos o más áreas de destrezas de adaptación, que son necesarias en la vida diaria para convivir, trabajar y jugar en la comunidad, incluyendo cuidado personal, hogar, destrezas sociales, ocio, salud,

sentido de dirección. Una persona con discapacidad tiene un cociente intelectual inferior a 70. Esto puede ser causado por cualquier condición que impide el desarrollo del cerebro antes del nacimiento, durante el nacimiento o durante la niñez. Dentro de los grados de discapacidad intelectual se encuentra

Retraso mental leve. Los y las niñas con retraso mental leve, durante los años preescolares desarrollan habilidades sociales y de comunicación. Su discapacidad a nivel sensorial y psicomotora es mínima y generalmente no se identifica fácilmente, hasta edades más avanzadas, por un profesional.

Retraso mental moderado. La mayoría de personas con este nivel de retraso mental adquieren habilidades de comunicación durante los años de preprimaria. Con supervisión pueden cuidar de sí mismos, también pueden desarrollar habilidades sociales y ocupacionales.

Retraso mental severo. Desarrollan muy poco el lenguaje y comunicación, durante los primeros seis años de vida. En los años escolares pueden aprender a hablar y realizar algunas actividades de cuidado personal (vestirse, bañarse, lavarse los dientes y otras). En algunos casos son capaces de realizar actividades de aprestamiento, como reconocer el alfabeto, conteo de algunos números y objetos, mínima lectura de un vocabulario básico.

Retraso mental profundo: Por lo general, las personas que presentan este nivel de retraso, también tienen impedimentos neurológicos asociados.

Durante la edad preescolar manifiestan considerables impedimentos a nivel sensorial y psicomotor, que les impide una buena adaptación al mundo que les rodea, sin embargo, pueden lograr que su desarrollo sea mayor al que presentan, en un ambiente lleno de estímulos adecuados, con supervisión constante y apoyo individual.

1.2.2.5 Discapacidad Física

La discapacidad física se evidencia en las personas que tienen problemas de locomoción (falta o deterioro de uno o varios miembros del cuerpo) puede ser, brazos o piernas, mutilación de miembro superior o inferior (o de ambos). Dentro de la discapacidad física se pueden mencionar las siguientes,

Parálisis cerebral, Trastorno incurable causado por un daño en el cerebro, que limita la capacidad para controlar los músculos que mueven alguna parte del cuerpo.

Epilepsia, Disfunción del cerebro, causada por descargas eléctricas desordenadas, es decir, que existe una mala transmisión entre una neurona y otra, pueden haber o no crisis convulsivas.

Problemas que afectan las articulaciones, El principal problema es la artritis reumatoide juvenil, es una condición presentada como consecuencia de una inflamación permanente de las articulaciones que incluso, puede llegar a deformarse.

Problemas que afectan los huesos, Se encuentran la escoliosis (desviación lateral de la columna vertebral) y la osteogenesis imperfecta (formación imperfecta de los huesos que se tornan sumamente frágiles).

Problemas que afectan los músculos, La distrofia muscular es una enfermedad progresiva que debilita todos los grupos de los músculos, es hereditaria y afecta a los varones.

La artrogriposis, es congénita, se nace con articulaciones rígidas y músculos débiles.

La atrofia muscular espinal en la niñez Es una degeneración progresiva de las células nerviosas motoras, su característica principal es la debilidad progresiva de los músculos.

Problemas que afectan la medula espinal, Entre ellas esta la parálisis, que es una dificultad para mover una, dos tres o las cuatro extremidades del cuerpo. Además los defectos del canal de la medula espinal, que en lugar de cerrarse queden abiertos, como por ejemplo, espina bífida.

Amputaciones, Son la ausencia de las extremidades y pueden ser congénitas y adquiridas.

Focomelia, Es un problema congénito que se inicia en el periodo de la gestación. A las personas les hace falta la parte media de una extremidad. Por ejemplo pueden tener el brazo y la mano pero les hace falta el antebrazo.

1.2.2.6 Discapacidad e impedimento

Enciclopedia problemas de aprendizaje (2004), hace referencia que para detectar con mayor seguridad los problemas o incapacidades que pueden inferir con el aprendizaje, se debe establecer en primer lugar la diferencia entre una discapacidad y un impedimento. Una discapacidad consiste en la falta de habilidad o incapacidad para realizar una función específica como ver, oír o caminar. Un impedimento es una desventaja en una situación particular y en ocasiones como resultado de una discapacidad; por ejemplo el estar ciego (discapacidad visual) se convierte en un impedimento al realizar tareas que requieran de la vista, pero deja de serlo si las actividades que se desarrollan solo necesitan del oído o del tacto.

1.2.2.7 El retraso mental como discapacidad

Arce (1997), hace referencia que los términos deficiencia, discapacidad, desventaja y minusvalía, describen las consecuencias de enfermedades, accidentes o malformaciones congénitas, las cuales pueden ser de larga duración o irreversible. Las diferencias de una persona incapacitada conllevan consecuencias, tanto individuales como familiares y sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS 1980) hace las definiciones de la siguiente manera,

- √ Deficiencia, hace referencia a las anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa. En principio las definiciones presentan trastorno a nivel orgánico. La deficiencia es por lo tanto, cualquier pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- √ Discapacidad, refleja las consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; las discapacidades representan trastornos a nivel orgánico. La discapacidad es entonces, toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

- √ Minusvalía, hace referencia a las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades. Las minusvalías reflejan una interacción y adaptación de individuo. La minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el rol que es normal en su caso.

1.2.2.8 El optimismo, un antídoto contra la depresión y el bajo rendimiento

Shapiro (2001), refiere que el optimismo es algo más que el simple pensamiento positivo, que es un hábito de pensamiento positivo, que puede ser un tipo de inmunización psicológica contra una serie de problemas de la vida. La gente optimista se muestra con menos frecuencia deprimida, tiene éxito en la escuela y en el trabajo, y, es más saludable físicamente que la gente deprimida.

Afortunadamente existen pruebas científicas contundentes de que el pesimismo e inclusive la depresión pueden modificarse a través de la enseñanza, tanto a los niños, a los adolescentes y a los adultos, menciona que para Seligman, el pesimismo no es solamente un estilo negativo de pensar, sino un síntoma de lo que considera una de las amenazas más importantes para la salud de los niños de hoy, una epidemia de depresión, Seligman explica que comparado con la gente que nació en la primera mitad de este siglo, un niño de hoy tiene diez veces más probabilidades de estar gravemente deprimido, y aun más perturbador resulta el hecho de que la depresión grave parece estar ocurriendo en etapas más tempranas del ciclo de vida.

II. Planteamiento del Problema

La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrenta la gente hoy en día. Muchas personas en el mundo sobreviven en medio de la depresión. Ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres y mujeres, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebro vascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. De ahí que desde los distintos estamentos sanitarios se esté potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurra el siglo XXI.

Cuando alguien dice que está deprimido quiere indicar que se encuentra bajo de ánimos y tal vez de energía. Existen muchas razones realistas para este tipo de depresión, que suele ser de corta duración. También existe la depresión aguda, que puede venir después de una desgracia o accidente. Sin embargo, la depresión puede ser también una enfermedad que necesite tratamiento médico.

Se ha considerado como un signo de debilidad mostrar que se tiene depresión. En consecuencia, se tiende siempre a combatir esa sensación. Las actitudes hacia la depresión suelen proceder de un acondicionamiento desde la infancia. Sin que importe lo que está molestando, se espera que se siga sonriendo y de buen humor, y sentirse obligados a seguir estos patrones nada realistas.

Esto hace todo más difícil cuando se está envuelto en una situación traumática, una situación en la que probablemente retiraríamos a un mundo de fantasía, si no se sintiera un cierto grado de depresión. La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia y, en cuanto tal, refleja alteraciones a nivel de la persona. La discapacidad concierne a aquellas habilidades, en forma de actividades y comportamientos compuestos, que son aceptados por lo general como elementos esenciales de la vida cotidiana.

Algunas sociedades reconocen que la enfermedad y la tristeza son una parte de la vida, en la misma medida que la felicidad y la buena fortuna. La sociedad parece que no quiere saber nada de eso. La tragedia se esconde bajo la alfombra, sin reconocerla como una experiencia humana vital y corriente.

Las personas discapacitadas tienen que pagar un alto precio por esta actitud. Tienen que soportar a la vez sus sentimientos de desesperación y su incómoda convicción de que estas emociones son algo innatural. Si se considera las muchas razones que hay para estar deprimido, se aceptara que una persona con la desventaja adicional de una discapacidad no necesita luchar para permanecer inmune; especialmente si su discapacidad es progresiva o sometida a avances y recaídas alternativos; o si le ha sobrevenido de repente, transformando de un golpe a un individuo de movimientos libres en un inválido incapaz de mover ni los dedos de los pies. Incluso los que nacieron con enfermedades físicas tienen que aprender a aceptar sus propias limitaciones; la teoría de que nadie echa de menos lo que no conoce es una tontería.

En tales circunstancias, sería extraño que el ser humano no se sintiera deprimido de vez en cuando. Por supuesto, una depresión que se prolonga indefinidamente, sin explicación razonable, no debe considerarse como reacción inevitable de la incapacidad. La depresión puede ser un síntoma de cualquier enfermedad, o constituir por sí misma una condición clínica. La discapacidad repentina va casi siempre seguida de una devastadora depresión.

Como resultado de cuando alguien dice que está deprimido quiere indicar que se encuentra bajo de ánimos y tal vez de energía. Existen muchas razones realistas para este tipo de depresión, que suele ser de corta duración. También existe la depresión aguda, que puede venir después de una desgracia o accidente. Sin embargo, la depresión puede ser también una enfermedad que necesite tratamiento médico.

Hay que adaptarse y el cambio de actitud se produce de una forma tan gradual que el que padece depresión ni se da cuenta, pero en cierto punto se comienza a comprender que un trastorno en un área de la vida no afecta necesariamente a todas las demás áreas. Se comienza a comprender que, a pesar de lo que le pasó al cuerpo, aún se conserva la identidad. La mente y el cuerpo han asimilado y se han adaptado a las nuevas circunstancias, la depresión ha pasado.

Un estado de depresión más corriente, compartido por los no discapacitados, ataca durante ciertos periodos en lo que todo va mal. La pérdida de empleo, problemas familiares, una crisis sentimental o cualquier tensión puede dispararla. A muchas personas, la combinación de una desgracia externa y una limitación crónica les va mermando la voluntad. Pero es importante distinguir si los problemas son consecuencia de la discapacidad o habrían surgido de todas formas. Es demasiado tentador adoptar la salida fácil y echarle la culpa a la discapacidad, pero esto hace más confuso el caso, en un momento en que todas las facultades deberían concentrarse en resolver, no en complicar, el verdadero problema.

Ciertas discapacidades traen aparejado un dolor constante. La incomodidad, la pérdida de fuerza y la lucha por intentar seguir adelante son factores depresivos que no se pueden hacer desaparecer. Sin embargo, se les puede reconocer como lo que son. La fortaleza, llevada a sus extremos, hace más mal que bien, así que no hay que ser demasiado duro consigo mismo. Y no hay que ocultar los sentimientos.

Es más saludable quejarse en voz alta que sufrir y resentirse en silencio. En ocasiones, se puede combatir la depresión con acción; convertir la depresión en fuerza útil y luchar contra aquello que se puede controlar: las barreras hechas por el hombre, que hacen tan difícil la vida diaria; o las actitudes sociales basadas en el prejuicio, la falta de imaginación o la falta de experiencia. Por lo anteriormente expuesto, surge la siguiente interrogante ¿Cuál es el nivel de depresión que presentan las personas con discapacidad física?

2.1 Objetivos

General

Identificar el nivel de depresión que presentan las personas con discapacidad física.

Específicos

Identificar cual de los síntomas de depresión que evalúa el test IDB de Beck es el que más predomina en las personas sujetos de estudio.

Identificar que niveles de depresión son las que más se reflejan en personas con discapacidad física según la aplicación del inventario de depresión de Beck.

Proponer mecanismos de ayuda a las personas que presentan depresión por causas de la discapacidad física.

2.2. Hipótesis

H1 Las personas con discapacidad física, manifiestan depresión.

Ho Las personas con discapacidad física, no manifiestan depresión.

2.3 Variables de estudio

Depresión (Dependiente)

Discapacidad Física (Independiente)

2.4 Definición de variables

2.4.1 Definición conceptual

√ Depresión

Enciclopedia de la psicología, (2001), Trastorno del humor caracterizado por una alteración significativa del estado de ánimo primordialmente compuesta de tristeza y ansiedad, que suele asociarse a síntomas físicos (cansancio, pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual) y a una reducción de la actividad social. Constituye, junto con los trastornos de angustia, la disfunción mental más frecuente en la población general.

√ Discapacidad Física

Pierangelo y Jacoby (1998), refieren que el problema de la discapacidad puede ser provocada por diferentes causas las cuales provocan falta de habilidad para realizar una función específica. Esto es el resultado de cualquier restricción que limita o impide el ejercicio de una actividad normal del desarrollo humano, resultando de una deficiencia, dentro de la modalidad que se considera normal por una persona es un defecto o escasez de algo, pérdida de una parte del cuerpo o mal funcionamiento de la misma, puede consistir en dificultades para ver, caminar, hablar, oír, leer, escribir, contar o tomar interés del medio. La

incapacitación puede durar mucha o poca, ser permanente o transitoria, progresiva o regresiva y su efecto puede variar según las exigencias de las situaciones diferentes que pueda presentar el problema en el ser humano.

De modo que se debe estar alerta a los síntomas que requieran una revisión médica, puesto que las discapacidades pueden ser causadas por un accidente, enfermedad, mal uso de medicamento o herencias genéticas.

2.4.2 Definición Operacional

Las variables de estudio se operacionalizaron a través de el test de Inventario de Depresión de Beck, que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos.

Se llevo a cabo un registro de asistencia de usuarios de Fundabiem, Retalhuleu, para evaluar a las personas con discapacidad física.

2.5 Alcances

El trabajo de investigación se realizó con 35 personas discapacitadas físicas, que asisten al centro de FUNDABIEM, del municipio y departamento de Retalhuleu.

2.6 Limites

Los horarios y fechas de citas de los pacientes, la falta de colaboración y motivación de los padres de familia, que muchas veces no se presentan a las citas, por los horarios de trabajo, los cuales se les traslapan con los horarios de citas.

2.7 Aporte

La importancia de esta investigación, no es solo la medición de la depresión en las personas que afrontan un problema de discapacidad física; sino también establecer sus causas y de esta manera proporcionar alternativas encaminadas al cambio en el estado de ánimo de las personas sujetos de estudio, para poder realizar una serie de actividades que contribuyan al bienestar del paciente, en el desarrollo físico, mental, emocional, social, familiar y psicológico.

Con esta investigación se pretende un cambio de actitud de las personas con discapacidad física, para elevar su autoestima y mejorar su relación con las personas de su entorno, evitar que caigan en un estado de depresión. El mejorar la calidad de vida de las personas discapacitadas es y debe ser una lucha constante en cada parte del mundo, proporcionar los medios que se requieran para lograr su adaptación social a través de la atención medica rehabilitadora, y lo más importante el apoyo familiar y la capacitación necesaria para la realización de diferentes tareas u oficios, que a través de su ejecución les permita sentirse útiles y obtener la satisfacción personal que produce el trabajo.

El presente trabajo va encaminado hacia el proceso de rehabilitación para las personas con discapacidad, lograr que estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, intelectual, sensorial, psíquico o social, de manera que estas personas cuenten con los medios necesarios para modificar su propia vida y convertirse en seres más independientes.

La importancia de esta investigación, no es solo la medición de riesgos de depresión de las personas que afrontan un problema de discapacidad física; sino también establecer sus causas y de esta manera proporcionar alternativas encaminadas al cambio en el estado de ánimo de las personas, para poder realizar una serie de actividades que contribuyan al bienestar del paciente, en el desarrollo físico, mental, emocional, social, familiar y psicológico.

Cada persona con discapacidad física necesita una ayuda diferente y presentará una reacción personal dependerá del alcance de la discapacidad y de su grado de desarrollo previo. Así mismo, en el curso de la discapacidad atravesará por depresiones distintas conforme se suceden las diferentes etapas del proceso de recuperación. Con esta investigación se benefician los familiares y las personas cercanas a los sujetos de estudio que padecen de depresión por discapacidad física, así también puede ser un material de ayuda para que estudiantes de psicología, psicólogos clínicos, padres de familia y personal de los centros que aportaron parte de la muestra, tengan una investigación científica y orientación profesional acerca de la depresión en personas con discapacidad física, y lograr juntos la integración social, afectiva y económica por medio de la inmersión laboral y vida productiva de las personas con discapacidad física.

III. Método

3.1. Sujetos

La presente investigación se realizó con 35 personas con discapacidad física que corresponde al 100% de la población, que asisten al centro de rehabilitación Fundabiem Retalhuleu, que son hombres y mujeres, de edad adulta, del área rural y urbana de Retalhuleu, comprendidos entre las edades de 18 a 55 años, con un estatus social bajo y medio, la muestra es representativa al 95% de nivel de confianza.

3.2. Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck, Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. En la versión de 1961 cada ítem contemplaba de 4 a 6 opciones de respuesta, ordenadas de menor a mayor gravedad, y así fueron recogidas en la adaptación y validación de Conde y Cols (1975), si bien en una revisión posterior introdujeron varias modificaciones importantes sobre el cuestionario original, tales como la eliminación completa de 2 ítems (sentimientos de culpa y autoimagen y la aleatorización de las alternativas de respuesta.

En la versión revisada de 1979 se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad/intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos.

La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Los puntos de corte usualmente aceptado para graduar la intensidad / severidad son los siguientes

- √ No depresión: 0-9 puntos
- √ Depresión leve: 10-18 puntos
- √ Depresión moderada: 19-29 puntos
- √ Depresión grave: 30 puntos

3.3 Procedimiento

- √ Selección del tema a investigar.
- √ Fundamentación teórica
- √ Selección de la muestra
- √ Solicitud para la entrevista con el director de Fundabiem Retalhuleu, para realizar la aplicación del Test IDB de Beck.
- √ Aplicación el instrumento a 35 personas de edad adulta.
- √ Luego de la obtención de los resultados.
- √ Solicitar una cita con el padre, madre o encargado del paciente para exponerle el resultado y así colaborar en la solución del problema.
- √ Tabulación de los datos
- √ Interpretación y discusión de los resultados.
- √ Realizar conclusiones, recomendaciones y propuesta para hacer un aporte a la investigación.

3.4 Diseño

Este estudio es de tipo descriptivo, el cual según Achaerandio (2001), busca la resolución de algún problema, o alcanzar una meta del conocimiento, es por ello que se esta frente al diseño descriptivo, únicamente pretende mostrar las características de las variables de estudio operacionalizadas, sin establecer relaciones de causa-efecto, estudia, interpreta y refiere lo que aparece es decir fenómenos y lo que es, las relaciones entre variables, sin considerar las causas de dichas relaciones.

3.5 Metodología estadística

En la presente investigación la información es presentada por medio de proporciones y se establecieron de acuerdo a la frecuencia en que se dieron los datos, los cuales posteriormente fueron tabulados y analizados.

Los resultados sirvieron para la elaboración de la propuesta como alternativa de solución a la problemática establecida, de la misma forma se utilizó para la redacción de las conclusiones y recomendaciones.

Para interpretar los resultados se utilizó la significación de proporciones en base al siguiente procedimiento estadístico según Oliva (2000).

1. Significación de proporciones

Nivel de confianza: NC = 95% equivalente a $Z = 1.96$

Error típico de la proporción: $p = p \div 100$ $q = 1-p$

$$\sigma_p = \frac{\sqrt{p \times q}}{N}$$

Razón crítica:

$$RC = \frac{p}{\sigma_p}$$

Comparar RC (Razón crítica) con el NC (Nivel de confianza): $RC \geq Z = 1.96$

2. Fiabilidad de proporciones

Lo que se plantea al averiguar la fiabilidad de la proporción, es hasta que punto es posible confiar en el valor que se obtiene y entre qué límites es posible afirmar que está comprendida la media proporción verdadera. Se tabularon los datos y principalmente se buscó la fiabilidad y la significación de la media, que según Oliva (2000), consta de los siguientes pasos

Procedimiento

Nivel de confianza: NC = 95% equivale a $Z = 1.96$

Error típico de la media proporción: $p = p \div 100$ $q = 1 - p$

$$\sigma_p = \frac{\sqrt{p \times q}}{N}$$

Error muestral máximo: $E = NC \times \sigma_p$

Intervalo confidencial: $Ic = p + E = Ls$

$$Ic = p - E = Li$$

Se afirma que al 95 % de confianza de σ_p es fiable si se comprenden dentro de este intervalo.

IV. Presentación de Resultados

A continuación se presentan los cuadros que plantean los datos estadísticos recabados en la aplicación del test Inventario de Depresión de Beck IDB, el que se aplicó a hombres y mujeres de edad adulta, comprendidos entre las edades de 18 a 55 años. Estos se utilizan para establecer la fiabilidad del trabajo de campo con las proporciones y la razón crítica.

Cuadro No. 1

Cuadro de significación y fiabilidad de proporciones

Rango	σ	p	p	q	σp	RC	Comp.	Signif.	E	Ic		Fiab.
										Li	Ls	
Mínimo	1	3	0.03	0.97	0.03	1	$1 \leq 1.96$	No	0.08	0.09	0.03	Si
Leve	2	6	0.06	0.94	0.04	1.5	$1.5 \leq 1.96$	No	0.10	0.14	0.02	Si
Moderado	10	28	0.28	0.72	0.07	4	$4 \geq 1.96$	Si	0.18	0.41	0.15	Si
Grave	22	63	0.63	0.37	0.08	7.9	$7.9 \geq 1.96$	Si	0.21	0.79	0.47	Si

Referencia: Ver anexos

V. Discusión de Resultados

La depresión por discapacidad física es un problema que afecta tanto a hombres como a mujeres y que en los centros de rehabilitación no hay información sobre el tema, así mismo tampoco se cuenta con el apoyo psicológico sobre las complicaciones emocionales que tienen que enfrentar algunas personas después de haber perdido algún miembro u órgano de su cuerpo.

Se trabajo con una muestra de 35 personas con discapacidad física, que presentan algún tipo de depresión en su vida cotidiana, que asisten al centro de rehabilitación Fundabiem, Retalhuleu, todos mayores de edad, es importante destacar que una de las características particulares de la muestra es que el 46% corresponde al sexo femenino y el 54% al sexo masculino.

La revista National Institute of mental Health (2001) en el artículo depresión, realizo un estudio sobre la depresión y se comprobó que es una enfermedad incapacitante, ocurre tanto en mujeres como en varones, pero la tasa de incidencia en el hombre es casi el doble que en la mujer, actualmente, se siguen realizando estudios para investigar si las características particulares de la mujer--factores biológicos, ciclo de vida, aspectos psicosociales--pueden ser causas de la alta incidencia de depresión en las mujeres. Además mostró que la depresión en la mujer afecta en su grado mayor a una de cada cinco mujeres. Estudios realizados en diversos países señalan que el período de mayor riesgo se da entre los 50 y 55 años. En algunos casos las personas que sufren de depresión, la única respuesta que encuentran para poner fin a estos sentimientos y emociones es el suicidio. Las personas que conviven con un deprimido, han de tratar de estar bien, de cuidarse, porque si no lo hacen, pronto no podrán cuidar a nadie. Tal vez ellos mismos necesiten ayuda psicológica.

En base a las referencias obtenidas y con el objetivo de establecer la relación existente, entre la indecisión que las persona con discapacidad física manifiestan, en relación a tomar decisiones ante diversas situaciones que se les presenta, padecen una situación de ansiedad o temor para poder llegar a un fin determinado, se puede observar en la tabla de datos.

Esto concuerda con lo expuesto por Spring (1995) donde refiere que el temor tiende a diferenciarse de la ansiedad en que aquel está relacionado generalmente con una situación específica, mientras la ansiedad es más un estado difundido y generalizado. No puede saber

la causa exacta de la ansiedad, pero generalmente está enterado de la fuente de los temores. La causa del temor o la ansiedad puede ser real o imaginaria. En cualquier caso, los sentimientos y las respuestas físicas que se experimenta son verdaderos.

Fisiológicamente, cuando se siente ansiedad o temor, los instintos de supervivencia comienzan a dar golpes y su cuerpo reacciona con una respuesta de lucha o huyo. Puesto que el temor está tan relacionado con la supervivencia, es inevitable que hubiera conocido el temor muchas veces en la vida.

La British American Journal (2000) en el artículo la depresión es la cuarta enfermedad más común y más incapacitante en la población mundial, publicó un estudio en donde se evaluó la epidemiología de la depresión en el año 2000. Para ello se utilizó el programa DALYs, (un año perdido de vida saludable) que evalúa la inhabilidad total por enfermedad en el transcurso vital de las personas. Dicho método de evaluación se aplicó a las distintas regiones de todo el mundo, y se centró en la epidemiología, la mortalidad, la edad media de inicio, la duración y la inhabilidad de la persona con depresión. Los resultados obtenidos indicaron que la depresión era la cuarta enfermedad en el mundo que produce una mayor inhabilidad e incapacidad.

Según los resultados del Inventario de Depresión de Beck IDB, los aspectos que mas predominan son, perdida de interés por el sexo, agitación, indecisión y perdida de energía, en donde el 63% de la muestra se localizan en el rango grave, el 28% en el rango moderado, el 6% en el rango leve y el 3% en el rango mínimo; dados esos resultados se determino que el 91% de la muestra si tiene antecedentes depresivos.

Dentro del grupo investigado hay casos de antecedentes depresivos por parte de familiares cercanos como la madre, el padre, tías, tíos, hermanos y hermanas. Pero por el bajo nivel cultural, económico y social no tienen acceso a ningún tipo de información y atención del problema.

De acuerdo a los resultados, se puede notar que los rangos moderado y grave son significativos y fiables.

Por otra parte, Cobo (2000), explica que existen niveles de depresión y es típico distinguirla, como síntoma exclusivamente tristeza, apatía o desánimo, que es la forma más frecuente de

aparición en la infancia y en la adolescencia, es decir, con fenómenos aislados, sin organizar. Como síndrome o cuadro general además de los síntomas anteriores, hay problemas de apetito y de sueño, dificultades de rendimiento escolar e intelectual y problemas vinculares, que es una forma ya menos común que la anterior en la infancia. Se entiende por síndrome el conjunto de síntomas de tronco común y puede deberse a diversas causas de muy variadas índoles a veces puede ser el comienzo de una psicosis.

El síndrome depresivo se puede encontrar en cuadros muy distintos, por ejemplo, en niños con enfermedades orgánicas cerebrales, con trastornos endocrinológicos.

Como enfermedad mental organizada, es decir, como un cuadro muy específico con frecuentes antecedentes hereditarios, una evolución determinada, complejidad de trastornos, La mayoría de las personas deprimidas no buscan tratamiento. Aún cuando la gran mayoría incluso quienes sufren de depresión severa podría recibir ayuda. Gracias a años de investigación, hoy se sabe que ciertos medicamentos y psicoterapias son eficaces para la depresión.

Un cierto perfil de personalidad y con una determinada respuesta a la medicación, cuya presentación es más rara en la niñez. En patología médica y en sentido muy estricto, la diferencia entre síndrome y enfermedades está en que en el origen de ésta se reconoce sólo una causa determinada. Con tantas posibilidades, es raro que cualquier persona alguna vez en la vida no haya pasado por algún cuadro depresivo. Como síntoma o como síndrome puede acompañar a muchas otras dolencias físicas o psíquicas la depresión no surge y cursa porque sí, ni incluso como enfermedad biológica sino que se expresa a temor del desarrollo de la persona.

Posiblemente todo el mundo ha experimentado los síntomas de la depresión, la soledad, temor al futuro, los contratiempos de la vida, incluso los cambios de estación pueden hacer sentir a las personas faltas de energía, sin fuerza para levantarse, con dificultades para concentrarse y poner atención. Las depresiones representan el área más importante de los trastornos afectivos y suponen junto con los trastornos de ansiedad, las alteraciones mentales más frecuentes. Además por las importantes repercusiones personales, sociales y asistenciales que acarrear, constituyen uno de los principales problemas de la salud mental.

Guiada la pregunta No. 9 a obtener resultados de riesgos de suicidio, reveló que únicamente el 37% de casos tiene pensamiento o deseo de suicidio, con lo cual se establece un resultado no significativo y fiable para casos de depresión por discapacidad física, el resultado anterior comparado con el 63% negativo para intento de suicidio, manifiesta ser un resultado significativo en lo que respecta a la respuesta obtenida en la opción No. 0.

Aunado a esto, se puede ver que un gran porcentaje de seres humanos, sufren de algún tipo de minusvalía que puede ser congénita o adquirida, cuyas consecuencias en el orden físico son innumerables y no así en el orden o aspecto psicológico. Una de las consecuencias más severas en el orden psicológico en un ser humano con depresión por discapacidad física es la baja autoestima que se manifiesta en el rechazo asimismo, o la situación en la que le toca vivir.

Si bien es cierto las personas con algún tipo de discapacidad física, acuden a los diferentes centros de rehabilitación de Fundabiem en donde se les proporciona terapias físicas, pero este tratamiento no es suficiente tomando como base que además del componente físico todo ser humano también posee un componente psicológico que en la mayoría de los centros de rehabilitación no es tomado en cuenta.

Respecto a la depresión Lowen (2001), dice que la persona deprimida vive en función del pasado, con la correspondiente negación de presente y en un futuro irreal. Hay una carencia de auto percepción; no se ve así mismo tal y como es, ya que su mente está centrada en una imagen irreal, la depresión está marcada por la pérdida de energía.

Con respecto a la discapacidad física Thomas (1998), dice que una buena manera de superar una deficiencia es considerar que se tiene un problema físico y una incapacidad física. Esto ayudará a mantener un mejor autoconcepto.

El IDB-II se elaboró como un índice de la presencia y la gravedad de síntomas depresivos, a los criterios del DSM-IV-TR y no como una medida específica de diagnóstico clínico. Porque este se hace en base a un examen clínico. Ya que la prueba permite mostrar un grado de depresión y no de plantear un diagnóstico de depresión.

Ahora bien, en base al (DSM-IV-TR) (2003), característicamente la esencia de un estado de ánimo de al menos dos semanas, se considera como un episodio depresivo mayor. Por otra parte Beck; explica que los pacientes que sufren de una depresión grave presentan un modo de depresión dicotómico, lo que significa, que cada situación la clasifican como extremos ya sea positiva o negativa.

En este punto se puede responder a la pregunta que se planteaba al inicio de la investigación ¿Cuál es el nivel de depresión que presentan las personas con discapacidad física? Así como al objetivo general, identificar el nivel de depresión que presentan las personas con discapacidad física. Confirmándose así la H1 que dice las personas con discapacidad física, manifiestan depresión.

VI. Propuesta

Programa de apoyo para un mejor desarrollo emocional a las personas con discapacidad física con riesgos de depresión.

Introducción

La discapacidad no es simplemente una condición médica, sino más bien el resultado de la interacción entre impedimentos físicos, mentales o sensoriales y la cultura, las instituciones sociales y los medios físicos. En otras palabras, las personas que sufren limitaciones físicas o mentales suelen ser discapacitadas no debido a una condición diagnosticable, sino porque se les niega el acceso a la educación, los mercados laborales y los servicios públicos. Esta exclusión conduce a la pobreza y, como en todo círculo vicioso, la pobreza conduce a mayor discapacidad debido a que aumenta la vulnerabilidad de las personas ante la desnutrición, las enfermedades y las condiciones de vida y de trabajo inseguras.

Este concepto de discapacidad se conoce como el modelo social de la discapacidad y contrasta con el modelo más antiguo, el modelo médico, el cual se concentraba en la condición clínica del individuo. Por su parte, el modelo social conceptualiza la discapacidad como una interacción entre las limitaciones del individuo y su entorno.

Por lo tanto, este concepto social de la discapacidad abarca a personas con alguna discapacidad física, intelectual y sensorial, como también a las personas con problemas de salud mental y aquellas cuyas discapacidades son invisibles, como la discapacidad en términos del aprendizaje o la depresión. También incluye a las personas que nacen con discapacidades y aquellas que las adquieren debido a situaciones como la desnutrición, las enfermedades, los conflictos, los accidentes de tránsito y las condiciones de vida y de trabajo inseguras.

Esta propuesta tiene como fin primordial, orientar a las familias de las personas con discapacidad física que tienen riesgos de depresión y al personal que labora en Fundabiem, Retalhuleu, para que juntos le proporcionen un ambiente adecuado y lograr que puedan desenvolverse con toda la normalidad y libertad.

Justificación

Al tomar en cuenta los resultados estadísticos y observaciones realizadas durante el desarrollo del trabajo de campo de dicha investigación se proponen actividades eficaces y eficientes para una mejor integración a la sociedad, a las personas con discapacidad física que sufren riesgos de depresión.

El programa de ayuda a las personas con discapacidad física con riesgos de depresión, busca la integración de las familias de las personas que padecen alguna discapacidad física para que puedan verse cambios en su vida, utilizar los principios de responsabilidad y compromiso que es parte de la satisfacción de necesidades básicas para el desarrollo de una personalidad integrada y así tendrá una mejor autorrealización, lo cual es un reto para las personas que laboran en Fundabiem, Retalhuleu, de ellos depende gran parte del éxito o fracaso de las terapias y desarrollo en el área física y emocional de los pacientes, ya que las limitantes físicas pueden ser un obstáculo en el desarrollo de la personalidad y actividades de cualquier individuo, desembocar en algunos casos una crisis depresiva, pero con una motivación adecuada y específica se pueden superar toda clase de crisis.

Objetivos

General

Proponer grupos de apoyo familiar con las personas que padecen una discapacidad física que sufren riesgos de depresión.

Específicos

Proporcionar la relación de ayuda psicológica a las personas con discapacidad física que sufran riesgos de depresión.

Organizar charlas de orientación a familiares de personas que tienen problemas de discapacidad física.

Promover la creación de un equipo multidisciplinario a nivel local, como soporte de atención especializada para los problemas especialmente en el área de desarrollo emocional para una mejor adaptación en el ámbito sociocultural.

Desarrollo de la propuesta

Para alcanzar los objetivos propuestos, es necesaria la colaboración de instituciones y las personas comprometidas con la formación integral del individuo, especialmente las personas con discapacidad física que sufren riesgos de depresión.

La psicoterapia lleva como objetivo primordial despertar el interés y la motivación en las personas que rodean una vida discapacidad física, para ayudarlas a salir adelante y superar los traumas, para ello se seguirá un proceso que incluye las siguientes etapas, revisión de los antecedentes del problema, así también se incluyen etapas de planificación, organización, programación, ejecución y evaluación de la relación de ayuda a los grupos implicados en dicho proceso.

El desarrollo del contenido del programa se operativizara a través de terapias de grupo o individual, para conjugar la teoría con la práctica se utilizara la metodología participativa.

Temática

Como Manejar la Depresión ante la Discapacidad Física

No hay una receta mágica para combatir la depresión, cuando se padece de una discapacidad física pues además de los condicionamientos de la biología, todos están sujetos al devenir de los acontecimientos, y cuanto más cercanos más afectan; de la satisfacción en relación a ellos dependerá el estado de ánimo.

Lo que sí se puede hacer es cultivar un estilo de vida que ayude a no caer en la tentación del desánimo. Si se puede incorporar en la manera de ser las siguientes actitudes, será mejor:

- √ Una visión amplia de lo que sucede, asumiendo los aspectos positivos y negativos, tratando siempre de mejorarlos.
- √ Integración en el entorno, cuidando las relaciones familiares y sociales.
- √ Asumir que parte del tiempo es necesario emplearlo en obligaciones que no se desea, y tratar de usar más tiempo de forma satisfactoria.
- √ Permitirse expresar sentimientos y deseos. Las consecuencias no suelen ser tan catastróficas como se suelen anticipar.
- √ Tratar de tener una sexualidad satisfactoria.
- √ Aceptar que se pueden cometer errores y perdonarlos.
- √ Mantener viva la curiosidad y el espíritu de superación.
- √ Conocerse a si mismo en sus limitaciones y potencialidades.
- √ Procurarse el descanso necesario.

La depresión reactiva parece que se entiende mejor, como por ejemplo, cuando muere un ser querido. Pero cuando no hay causa aparente, la desesperación se apodera del enfermo y de su entorno.

A los familiares hay que orientarles en el sentido que entienda la depresión como una enfermedad terrible, de la que al paciente no le es posible salir con un pequeño esfuerzo por su parte. Puede ser tan invalidante como una cardiopatía, dependerá de su momento evolutivo.

En el ser humano hay una tendencia natural a justificar las cosas, solo cuando se tiene una explicación de lo que sucede hace sentir mejor, ya que así se puede orientar la conducta, por eso se tiende a buscar una justificación, una causa o motivo de la enfermedad, y una vez localizado, se trata de animar al enfermo a superar la supuesta causa, pero normalmente solo se conseguirá agobiarle, ya que él no sabe lo que le pasa, y los argumentos de los demás le abruma y le demuestran que no le entienden.

Al deprimido no le sirven argumentos ni explicaciones intelectuales. Se está ante una alteración del estado de ánimo, y el ánimo tiene que ver con el mundo afectivo; ese será el camino más adecuado para ayudarlo; hacerle sentir que se le quiere y que se le necesita como ser humano, que se cuenta con él para cuando él pueda ayudar. Hacer esto sin agobiar es un arte. He aquí algunas sugerencias.

Escúchele, pero no llegue a agotarse con su oscura visión. Cambie de tema, por ejemplo hablándole, haciéndole participe o conocedor de sus propios proyectos; le ayudará a mitigar la soledad.

Si quiere estar solo, respétele, salvo si sospecha riesgo de suicidio. Hable con su psicólogo o con su psiquiatra. Si el riesgo de suicidio es alto, el ingreso en urgencia hospitalaria está justificado.

Incorpórele a la vida. A cada uno en la medida que pueda, tal vez con pequeños encargos. Deje que le acompañe mientras se hace las propias tareas.

A veces la irritabilidad es parte del problema, no entiende que le pasa y se irrita consigo mismo y con lo que le rodea. Sea paciente, y si es preciso, hágale saber que cuenta con su ayuda, pero que hay cosas que no está dispuesto a tolerar. Los límites pueden ser clarificadores

Lo mejor que puede hacer la familia es procurar que el afectado de depresión acepte que está enfermo y que necesita ayuda profesional.

El ser humano necesita motivos para luchar, hacer, deseos, ilusiones, objetivos, proyectos que den sentido a su vida. A la depresión se llega, y una vez llegados, se permanece en ella por una apatía, un desgano, una desilusión y falta de sentido en la vida que se hacen rutinarias y se les ve, absurda.

Si no se está motivado a hacer cosas, y más bien se acomoda a no hacer nada a estar inactivos, mientras se espera que llegue la motivación y las ganas de hacer algo, la rutina y la inactividad se transforma en desesperación en la medida de que se debe de esperar.

La motivación, las nuevas ilusiones, ¿cómo pueden aparecer? el hecho de que estando bien parecen existir espontáneamente induce a creer que es algo natural, algo que -si funciona bien- debería estar ahí como el ritmo respiratorio o el pulso del corazón. Pero en cambio esto no es seguro, y cualquier persona normal atraviesa momentos de vacío y desgano provocados por que las etapas acaban, los deseos se realizan, y porque abundan los fracasos.

Forma parte de la posibilidad de rehacerse, trabajar en nuevas direcciones, explorar nuevos caminos, buscar nuevas opciones. Estas capacidades son esenciales para combatir el cansancio, el olvido, las dudas y la tardanza irritante que producen los obstáculos que van a surgir.

La depresión se aferra muchas veces al no tener fuerzas para continuar.

La persona depresiva a veces siente rencor y resentimiento por alguna cosa que le ha ido mal. En verdad es muy negativa y ve todo con esa perspectiva.

No se trata de que el dolor o la depresión agudas incapaciten totalmente para buscar salidas, porque aun la persona más impedida puede buscar ayuda externa si ve que ella sola no encuentra el camino para salir de tanto dolor y sufrimiento.

Es importante tener la convicción de querer salir adelante y atreverse a buscar nuevos caminos, es un bien para sí mismo y para la familia que sufre.

La reacción que la experiencia dicta frente a las sensaciones de cansancio, debilidad, falta de energías, es descansar hasta volver a encontrar repuestos. Claro está que este principio es válido en la mayoría de las ocasiones normales de agotamiento por una causa física (trabajo, ejercicio, número de horas que lleva activo). Efectivamente, un adecuado descanso repone la tensión muscular, regula el metabolismo corporal y permite estar a punto para nuevas demandas.

En el caso en el que la debilidad está provocada por una enfermedad (una gripe, por ejemplo), más que reponer un exceso de cansancio se conquista una normalidad perdida por un proceso patógeno excepcional.

En el caso de la depresión el estado de debilidad, atonía muscular, y en ocasiones pronunciado entretimiento es más el estado de inactividad que fruto de cansancio. Se trata de un estado que la persona puede describir como falta de energía, y que predispone muy negativamente frente a los esfuerzos físicos tales como levantarse de la cama, ducharse, vestirse, desplazarse, etc. Y sobreviene muchas veces el encierro, las ganas de estas solas y a oscuras como si esta posición los aliviara y los protegiera de las agresiones externas, cuando la mayor agresión está en la depresión por si misma ya que muchas veces esta se torna invalidante.

Otro de los síntomas que se presentan en la Depresión es una postergación de todo lo que se desea hacer y/o proyectos es dejar para después y así todos los días.

Otra de las conductas observables en una persona que padece depresión es la irregularidad de sus ritmos circadianos (son aquellos ritmos del cuerpo biológico que indican cuando dormir, cuando comer, las apetencias sexuales, las necesidades básicas de subsistencia) en la depresión esto se altera notablemente, puede ser con un insomnio exagerado o al contrario dormir mucho, para escapar de esta situación, aislarse, no comer o comer en demasía cuando la depresión está ligada también a un trastorno de ansiedad, un dejarse estar total, abandono de la persona, no limpiarse, no arreglarse, vestirse así no más sin ganas, el mayor problema del deprimido es la falta de ganas.

Cronograma de actividades

Actividad	Duración	Responsable
Convocatoria a familiares o encargados, para que acompañen a los pacientes a la actividad programada.	Dos días durante cuatro semanas.	Director del centro de Rehabilitación. Enma Cristina Marroquín
Tema: Como Manejar la depresión ante la discapacidad física	Dos días durante cuatro semanas	Enma Cristina Marroquín
Tema: Discapacidad versus depresión	Tres días durante cuatro semanas	Enma Cristina Marroquín
Terapia racional emotiva, a los pacientes y a los familiares de los pacientes.	Dos días durante cinco semanas.	Personal del área de terapia ocupacional. Enma Cristina Marroquín
Terapia ocupacional	Dos días durante cuatro semanas.	Personal del área de terapia ocupacional. Enma Cristina Marroquín

Recursos

- √ **Humanos** Médicos, enfermeras, terapeutas, psicólogos, pacientes.
- √ **Materiales** Invitaciones, cañonera, material didáctico, laptop, sillas, mesas, pizarrón.
- √ **Evaluación** La evaluación del proyecto se realizará mediante la aplicación nuevamente del test Inventario de Depresión de Beck, con el objeto de verificar si disminuyeron los niveles de depresión de los pacientes.

VII. Conclusiones

1. Las personas que fueron sujeto de estudio y asisten al centro de rehabilitación Fundabiem del departamento de Retalhuleu, se encuentran dentro de los rangos moderado y grave de depresión.
2. Las personas con discapacidad física que sufren de depresión tienen muchos cambios en su ambiente y relación con otros lo que los lleva a presentar un carácter diferente con actitudes de irritabilidad, culpa, y auto-castigo.
3. La depresión en personas con discapacidad física aparecerá siempre y cuando las personas con las que conviven no les brinden una atención adecuada, impidiéndole así, realizar algunas actividades que les permitan sentirse útil.
4. Los aspectos que llevan al ser humano a sumirse a un estado de depresión, por lo regular son situaciones que están presentes en la vida de toda persona, como pérdida de empleo, pérdida de un ser querido o la pérdida de algún miembro del cuerpo.
5. Las atenciones que se le demuestran a las personas con discapacidad física, le sirven como estímulo y a la vez como punto de apoyo para relacionarse con el mundo que le rodea.
6. Los familiares de las personas con discapacidad física buscan la solución al problema por medio de las terapias que les proporciona Fundabiem, en la mayoría de los casos desconocen la causa del problema que afecta a cada uno de los pacientes.

VIII. Recomendaciones

1. Se hace necesario buscar ayuda profesional y poder recibir la terapia necesaria con ello mejorar y afrontar el problema físico.
2. Los familiares de las personas con discapacidad física que sufren de depresión deben involucrarse más en el tratamiento y las terapias que estas reciben, demostrando con ello una actitud de aceptación y realismo ante la discapacidad que afrontan.
3. Reconocer que la colaboración de los familiares es indispensable para mejorar el estado físico y mental de las personas con discapacidad física.
4. Recordarles a los familiares e instituciones que trabajan con personas que sufren de depresión por una discapacidad física, que es el ambiente en donde se desenvuelven del que dependerá el desarrollo de la depresión dentro de sí mismos.
5. A los padres de familia, personal de Fundabiem, Retalhuleu permitirle a las personas con limitaciones físicas sentirse útiles y necesarias ayudándoles a usar su tiempo libre de manera provechosa y satisfactoria.
6. Es necesario utilizar los servicios profesionales de un psicólogo en los centros de rehabilitación para brindar apoyo psicológico en el área sentimental y emocional en las personas con discapacidad física que sufren de depresión.

IX. Referencias Bibliográficas

1. Achaerandio, L. (2002), *Iniciación a la práctica de la investigación*. Guatemala: Reproducciones Universidad Rafael Landívar.
2. Alonzo, M. (2003), *Depresión en niños minusválidos*. Guatemala. Universidad Rafael Landívar, campus Quetzaltenango.
3. Antonini (2004), *Arrastrando el gis*, disponible en www.jubilatas.com.mx
4. Arce (1997), *Retraso Mental Como Discapacidad*. Ediciones Euroméxico, S.A.
5. Ascated (2002), *Prevención, detección y atención temprana de la discapacidad*. Guatemala 1ª. Edición.
6. Cerviño (2005), *Una basurita en el ánimo*, Revista Yo. México, edita.
7. Cifuentes, D. (2003), *La terapia de la realidad como tratamiento para el desarrollo de la autoestima en personas minusválidas*, Tesis Facultad de Humanidades. URL. Quetzaltenango, Guatemala.
8. Cobo, S. (2000). *Educación moral para todos en la secundaria*. México. Editorial Manual Moderno.
9. De León, V. (1999), *Mecanismos de defensa en niños minusválidos*. Tesis Facultad de Humanidades. URL. Quetzaltenango, Guatemala.
10. Diccionario (1999), *Psicología volumen 4*, Barcelona España, Editorial Océano.
11. *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los desordenes mentales*. (2003,)En red disponible en: [www. biblioteca nueva.com](http://www.biblioteca nueva.com)
12. *Encarta biblioteca de consulta* (2005), *Adaptación*, Microsoft, Corporation. Estados Unidos de Norteamérica.

13. Enciclopedia de la psicología (2001), Barcelona España, Editorial Océano.
14. Enciclopedia de la psicología (2003), Barcelona España, Editorial Océano.
15. Enciclopedia Problemas de Aprendizaje, Diccionario (2004).
16. Escobedo, A. (2003). Eficacia Clínica de la Terapia Cognitiva en el Tratamiento de Depresión y Trastorno del Pánico. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
17. Espinoza, A. (2007), Dinámica familiar en que vive una niña con depresión infantil. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
18. Ferketick, A. (2000), La depresión es un antecedente del corazón que afecta tanto a hombres como a mujeres. Archivos de medicina internacional. Sitio web: <http://www.actad.org>.
19. Harris, P. (2002). Paquete de información del estudio de las incapacidades. Centro de investigación psicoeducativas. Guayana. Venezuela. Editorial Siglo Cero.
20. Hoff, P. (2001), El pastor como consejero. Deerfield, Florida, Editorial Vida.
21. Manual de atención a las necesidades educativas especiales en el aula (2004), Dicade Ministerio de Educación, Guatemala.
22. Lowen, A.(2001), La depresión y el cuerpo. Madrid, España
23. Oliva, M. (2000), Estadística Muestral, Quetzaltenango, URL.
24. Peralta, M. (2004). La depresión. Argentina. Editorial Paidós.
25. Pérez, J. (2002), Factores que influyen en la contratación de Personal Capacitado. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

26. Peña, V. (2003), Autoconcepto en Niños con discapacidad física, de fundabiem Mazatenango, Suchitepéquez. Facultad de Humanidades, URL, Quetzaltenango. Guatemala.
27. Pierangelo y Jacoby. (1998), Enciclopedia de educación especial para niños discapacitados.
28. Política y normativa de acceso a la educación para la población con necesidades educativas especiales, (2001), Ministerio de Educación, Guatemala.
29. Procuraduría de los Derechos Humanos. Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra personas con discapacidad (1999). Guatemala.
30. Quan H. (2003) Niveles de Ansiedad y Depresión en Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica por parte del Cónyuge: un Estudio Comparativo. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
31. Quintana, S. (20089), Eficacia de un programa basado en técnicas de la terapia cognitivo conductual para reducir la intensidad de la ansiedad en madres de niños discapacitados. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
32. Revista Cristo para todas las naciones (1994), Como superar la depresión. Venezuela. Sin editorial.
33. Revista de psicología conductual (2001), síntomas de la depresión entre los adultos, con México.
34. Revista British American Journal, (2000), Una Psicoterapia Breve Combate con Efectividad las Depresiones, España.
35. Revista enseñanza e intervención en psicología, (2003), Depresión, auto estima, ansiedad en la tercera edad, México.

36. Revista National Institute of Mental Health, (2001), Efectos terapéuticos de la privación de sueño en la depresión, España.
37. Sarason y Sarason. (2000). Psicología, fronteras de la conducta. (4^a Edición, México. Cámara nacional de industria editorial).
38. Shapiro, L. (2001), La inteligencia emocional de los niños, Ediciones B. Argentina, S.A.
39. Spring (1995) Depresión. Vía tu Salud. En red disponible en: www.viatusalud.com.
40. Thomas, M. (1998), Educación especial. 2^a. Edición. México D.F.

X. Anexos

Anexo 1

Tabla 1 Resultados Inventario de Depresión de Beck IDB

No.	Aspecto																				Total	Rango	
	T	P	FP	PP	SC	SP	SNM	ACM	PDS	LL	A	PI	I	D	PE	CHS	I	CA	DC	F			PIS
1	2	3	1	2	2	0	1	2	1	3	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	34	Grave
2	1	2	3	1	2	3	1	0	3	1	2	3	2	2	3	1	1	1	2	1	2	37	Grave
3	2	3	1	2	0	1	2	1	0	3	3	1	1	3	2	2	1	1	3	1	3	36	Grave
4	2	2	2	2	2	2	2	2	0	1	2	2	2	2	2	0	1	0	2	2	2	34	Grave
5	3	3	3	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	3	42	Grave
6	1	1	1	2	3	0	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	3	32	Grave
7	1	2	1	2	1	3	2	2	0	3	2	3	2	2	3	1	1	2	1	3	2	39	Grave
8	3	2	1	1	2	3	2	2	0	2	2	1	2	3	2	2	2	1	1	2	2	38	Grave
9	2	2	1	2	1	0	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	3	33	Grave
10	3	1	1	2	1	3	2	3	0	2	2	3	3	2	2	1	1	1	1	3	1	38	Grave
11	1	2	2	2	1	3	1	2	0	3	3	2	2	0	2	2	3	2	2	2	3	40	Grave
12	3	2	1	2	0	2	0	0	1	2	3	2	3	0	3	1	2	1	2	2	0	32	Grave
13	1	2	3	2	1	0	1	2	0	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	27	Moderado
14	2	2	2	3	0	1	0	1	0	1	3	1	3	1	0	3	2	3	1	2	3	34	Grave
15	1	0	1	1	1	0	1	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	22	Moderado
16	2	1	2	1	1	2	0	1	0	2	2	2	1	1	3	0	2	0	1	2	3	29	Grave
17	1	0	1	2	0	1	0	0	0	0	1	3	0	1	1	1	0	1	1	1	1	16	Leve
18	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	1	1	2	2	2	1	1	3	20	Moderado
19	2	1	0	2	1	2	1	1	2	0	1	2	0	1	1	2	2	1	2	2	1	27	Moderado
20	0	1	1	1	0	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	0	1	0	1	1	1	22	Moderado
21	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	3	2	3	0	0	0	0	1	3	15	Leve
22	2	1	0	2	0	1	2	3	2	2	2	3	0	2	2	0	2	1	1	2	1	31	Grave
23	0	1	0	1	2	2	1	3	3	1	2	0	1	0	1	0	1	1	1	1	2	24	Moderado
24	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	3	8	Mínimo
25	1	2	3	1	2	1	1	1	2	0	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	30	Grave
26	1	1	0	1	1	0	0	1	1	2	3	0	1	3	2	0	1	1	1	2	3	25	Moderado
27	3	3	2	3	1	3	1	0	0	1	2	1	2	0	2	2	2	2	1	1	0	32	Grave
28	1	1	3	1	1	1	2	3	1	2	2	3	1	1	1	2	2	1	1	1	2	33	Grave
29	3	2	2	2	3	2	2	0	0	2	2	2	1	0	3	1	2	1	2	2	1	35	Grave
30	2	3	1	2	0	1	0	1	0	2	2	1	3	0	1	1	1	0	2	2	2	27	Moderado
31	1	2	2	1	0	1	2	1	0	2	1	2	2	1	1	0	3	1	2	2	1	28	Grave
32	2	1	1	0	0	2	2	2	0	2	3	1	2	3	2	0	2	2	2	1	0	30	Grave
33	2	0	3	2	0	2	1	1	0	1	1	2	3	0	0	2	1	0	1	1	3	26	Moderado
34	2	1	0	2	3	2	1	2	0	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	30	Grave
35	1	2	1	1	1	1	1	2	0	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	2	3	25	Moderado
T	55	52	46	53	35	50	40	47	19	55	64	54	60	45	59	36	51	36	47	57	70		

Referencia: Inventario de Depresión de Beck IDB

Simbología

T	Tristeza
P	Pesimismo
FP	Fracasos del Pasado
PP	Perdida del Placer
SC	Sentimientos de Culpa
SP	Sentimientos de Punición
SNM	Sentimientos Negativos de Si Mismo
ACM	Actitud Crítica Hacia Si Mismo
PDS	Pensamiento o Deseos De Suicidio
LL	Llanto
A	Agitación
PI	Perdida De Interés
I	Indecisión
D	Devaloración
PE	Pérdida de Energía
CHS	Cambio en Hábitos del Sueño
I	Irritabilidad
CA	Cambios en el Apetito
DC	Dificultad de Concentración
F	Fatiga
PIS	Pérdida de Interés por el Sexo

Referencia tabla No. 1

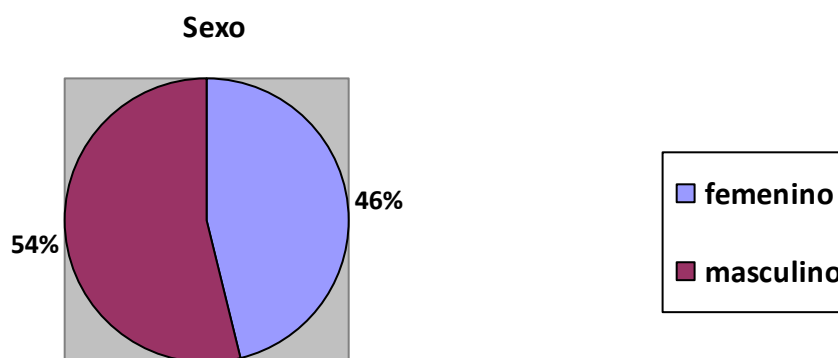
La tabla anterior especifica el punteo otorgado en cada aspecto que evalúa el Inventario de Depresión de Beck IDB, así mismo se especifica el rango que le corresponde a cada sujeto.

Tablas y graficas de la prueba psicométrica IBD-III

Fuente: Tabla 1

Sexo	F	fr
Femenino	16	46%
Masculino	19	54%
Total	35	100%

Fuente: IBD-III

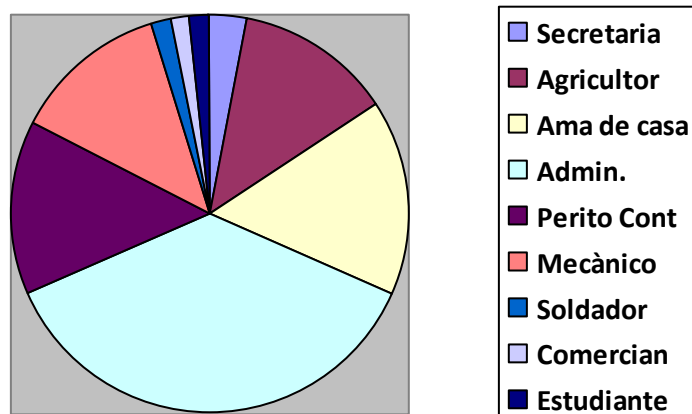


La población considerada en el estudio es de 35 personas con discapacidad física, de los cuales 16 son mujeres que representan el 46% y 19 hombres que representan el 54%.

Tabla 2

Ocupación	f	fr
Agricultor	8	23%
Ama de casa	10	29%
Administrador	8	23%
Perito Contador	3	9%
Mecánico	2	8%
Soldador	1	2%
Comerciante	1	2%
Estudiante	1	2%
Secretaria	1	2%
Total	35	100%

Ocupacion

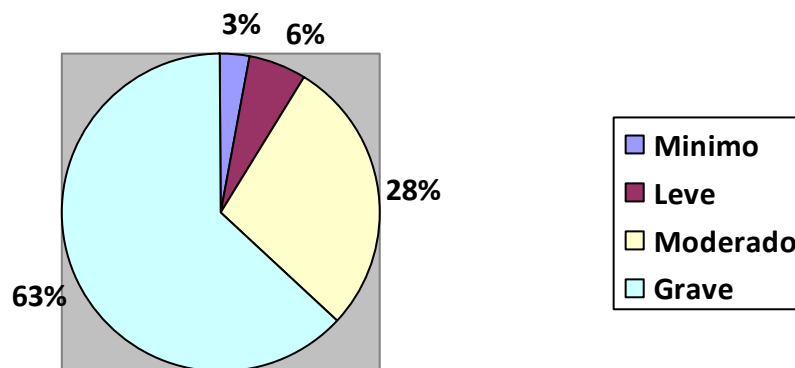


Dentro de las ocupaciones se encontró que un 23% es agricultor, un 29% ama de casa, un 23% administrador, un 9% perito contador, mecánico 8%. Otras ocupaciones fueron (representadas todas a un 2%) soldador, secretaria, comerciante y estudiante.

Tabla 3

Rango	f	fr
Mínimo	1	3%
Leve	2	6%
Moderado	10	28%
Grave	22	63%
Total	35	100%

Rango de Depresión



La depresión, medida con la prueba IDB de Beck, proporcionó los resultados siguientes: Mínimo 3%, leve 6%, moderado 28% y grave 63%. Los 21 aspectos de la prueba son ponderados de 0 a 3 puntos, al reunir los resultados de cada uno de los participantes en el estudio se hizo el cálculo de un promedio para cada aspecto, dando como resultado global un total de 24.07 puntos, que ubica a la población en un rango Moderado de depresión. Los aspectos: Tristeza, pesimismo, fracasos del pasado, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimiento de ser castigado, sentimientos negativos hacia sí, actitud crítica hacia sí, pensamientos o deseo de suicidio, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, devalorización, pérdida de energía, cambio en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, fatiga, pérdida del interés sexual.

Tabla de resultados

Rangos	Frecuencia f	Proporción $p = \frac{f}{n}$	Porcentaje $P = \frac{f}{n} \times 100$	Complemento $q = 1 - p$	Desviación estándar $\sigma_p = \sqrt{\frac{p \times q}{n}}$
Mínimo	1	0.03	3	0.97	0.03
Leve	2	0.06	6	0.94	0.04
Moderado	10	0.28	28	0.72	0.07
Grave	22	0.63	63	0.37	0.08
Total	35	1	100%	3.00	0.22

Para el cálculo de intervalos de confianza para las proporciones obtenidas se utiliza:

Nivel de confianza del 99%, entonces $z = 1.96$

Distancia para los límites

$$\varepsilon = \sigma_p \times z$$

Intervalo de confianza

$$IC = p \pm \varepsilon$$

Intervalo de confianza para la proporción al 99%

Rangos	p	σ_p	z	ε	Limite superior $LS = p + \varepsilon$	Limite inferior $LI = p - \varepsilon$
Mínimo	0.03	0.03	1.96	0.08	0.09	0.03
Leve	0.06	0.04	1.96	0.10	0.14	0.02
Moderado	0.28	0.07	1.96	0.18	0.41	0.15
Grave	0.63	0.08	1.96	0.21	0.79	0.47

Anexo2

Significación y fiabilidad de proporciones

Rango mínimo

Significación

Nivel de confianza: NC= 99% equivalente a Z=1.96

Error típico de la proporción

$$\sigma_p = \frac{\sqrt{p \times q}}{N} = \frac{\sqrt{0.03 \times 0.97}}{35} = \frac{\sqrt{0.0291}}{35} = \sqrt{0.0008} = 0.03$$

Razón Crítica

$$RC = \frac{p}{\sigma_p} \quad RC = \frac{0.03}{0.03} = 1$$

Comparar RC con el NC

RC NC

1 ≤ 1.96 = No significativo

Fiabilidad de proporciones

Nivel de confianza: NC= 99% equivalente a Z=1.96

Error típico de la proporción:

$$\sigma_p = \frac{\sqrt{p \times q}}{N} = \frac{\sqrt{0.03 \times 0.97}}{35} = \frac{\sqrt{0.0291}}{35} = \sqrt{0.0008} = 0.03$$

Error muestral máximo:

$$E = NC \times \sigma_p$$

$$1.96 \times 0.03 = 0.06$$

Intervalo confidencial

$$IC = p + E = L_s \qquad p - E = L_i$$

$$L_s = 0.03 + 0.06 = 0.09$$

$$L_i = 0.03 - 0.06 = 0.03$$

Si es fiable

Rango Leve

Significación

Nivel de confianza: NC= 99% equivalente a Z=1.96

Error típico de la proporción

$$\sigma_p = \frac{\sqrt{p \times q}}{N} = \frac{\sqrt{0.06 \times 0.94}}{35} = \frac{\sqrt{0.0564}}{35} = \sqrt{0.0016} = 0.04$$

Razón Crítica

$$RC = \frac{p}{\sigma_p} \quad RC = \frac{0.06}{0.04} = 1.5$$

Comparar RC con el NC

RC NC

$$1.5 \leq 1.96 = \text{No significativo}$$

Fiabilidad de proporciones

Nivel de confianza: NC= 99% equivalente a Z=1.96

Error típico de la proporción:

$$\sigma_p = \frac{\sqrt{p \times q}}{N} = \frac{\sqrt{0.06 \times 0.94}}{35} = \frac{\sqrt{0.0564}}{35} = \sqrt{0.0016} = 0.04$$

Error muestral máximo:

$$E = NC \times \sigma_p$$

$$1.96 \times 0.04 = 0.08$$

Intervalo confidencial

$$IC = p + E = Ls$$

$$p - E = Li$$

$$Ls = 0.06 + 0.08 = 0.14$$

$$Li = 0.06 - 0.08 = 0.02$$

Si es fiable

Rango moderado

Significación

Nivel de confianza: NC= 99% equivalente a Z=1.96

Error típico de la proporción

$$\sigma_p = \frac{\sqrt{p \times q}}{N} = \frac{\sqrt{0.28 \times 0.72}}{35} = \frac{\sqrt{0.2016}}{35} = \sqrt{0.005} = 0.07$$

Razón Crítica

$$RC = \frac{p}{\sigma_p} = \frac{0.28}{0.07} = 4$$

Comparar RC con el NC

RC NC

4 \geq 1.96 = Si es significativo

Fiabilidad de proporciones

Nivel de confianza: NC= 99% equivalente a Z=1.96

Error típico de la proporción:

$$\sigma_p = \frac{\sqrt{p \times q}}{N} = \frac{\sqrt{0.28 \times 0.72}}{35} = \frac{\sqrt{0.2016}}{35} = \sqrt{0.005} = 0.07$$

Error muestral máximo:

$$E = NC \times \sigma_p$$

$$1.96 \times 0.07 = 0.13$$

Intervalo confidencial

$$IC = p + E = Ls \qquad p - E = Li$$

$$Ls = 0.28 + 0.13 = 0.41$$

$$Li = 0.28 - 0.13 = 0.15$$

Si es fiable

Rango grave

Significación

Nivel de confianza: NC = 99% equivalente a Z = 1.96

Error típico de la proporción

$$\sigma_p = \frac{\sqrt{p \times q}}{N} = \frac{\sqrt{0.63 \times 0.37}}{35} = \frac{\sqrt{0.2331}}{35} = \sqrt{0.0066} = 0.08$$

Razón Crítica

$$RC = \frac{p}{\sigma_p} = \frac{0.63}{0.08} = 7.9$$

Comparar RC con el NC

RC NC

7 ≥ 1.96 = Si es significativo

Fiabilidad de proporciones

Nivel de confianza: NC= 99% equivalente a Z=1.96

Error típico de la proporción:

$$\sigma_p = \frac{\sqrt{p \times q}}{N} = \frac{\sqrt{0.63 \times 0.37}}{35} = \frac{\sqrt{0.2331}}{35} = \sqrt{0.0066} = 0.08$$

Error muestral máximo:

$$E = NC \times \sigma_p$$

$$1.96 \times 0.08 = 0.16$$

Intervalo confidencial

$$IC = p + E = Ls$$

$$p - E = Li$$

$$Ls = 0.63 + 0.16 = 0.79$$

$$Li = 0.63 - 0.16 = 0.47$$

Si es fiable