UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO

"PROPUESTA PSICOLÓGICA, PARA PACIENTES CON ESTADOS DEPRESIVOS QUE INGRESAN AL ÁREA DE QUEMADOS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, DURANTE EL PERIODO ABRIL – JUNIO 2015."

Tesis previa a la obtención del Título de Psicólogo Clínico.

AUTOR

Iván Fernando Valladares Torres

DIRECTOR

Dr. Nerio Vicente Silva Aguilar, Mg. Sc.

Loja - Ecuador

2015

Loja, 24 de julio de 2015

CERTIFICACIÓN

Dr. Nerio Vicente Silva Aguilar, Mg. Sc.
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Haber revisado y orientado el trabajo de investigación sobre el tema titulado: **"PROPUESTA PSICOLÓGICA, PARA PACIENTES CON ESTADOS DEPRESIVOS QUE INGRESAN AL ÁREA DE QUEMADOS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, DURANTE EL PERIODO ABRIL – JUNIO 2015"** de autoría del egresado Señor Iván Fernando Valladares Torres, previa a la obtención del título de Psicólogo Clínico, el mismo que cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, por lo tanto autorizo su presentación para la sustentación y defensa ante el tribunal de grado.

Dr. Nerio Vicente Silva Aguilar, Mg. Sc.
DIRECTOR DE TESIS

ii

AUTORÍA

Yo, Iván Fernando Valladares Torres, declaro ser autor del presente trabajo de Tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes Jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma:

Autor: Iván Fernando Valladares Torres

Cédula: 1104103427

Fecha: Julio 2015

iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LOS AUTORES, PARA LA CONSULTA, REPRODUCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACION ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo, **Iván Fernando Valladares Torres**, declaro ser autor de la tesis Titulada: **"PROPUESTA PSICOLÓGICA, PARA PACIENTES CON ESTADOS DEPRESIVOS QUE INGRESAN AL ÁREA DE QUEMADOS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, DURANTE EL PERIODO ABRIL – JUNIO 2015".** Como requisito para optar al título de **Psicólogo Clínico**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de su visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de Información de país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja a los 24 días del mes de julio del dos mil quince, firma el autor.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Firma:
Autor: Iván Fernando Valladares Torres
Cédula: 1104103427
Dirección: Peñón del Oeste
Correo Electrónico: ivancitovalladares@hotmail.com
Teléfono: 0997856005

iv

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Nerio Silva Aguilar,Mg. Sc.

TRIBUNAL DE GRADO:

PRESIDENTE: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg.Sc.

VOCAL: Dra. María Susana González García, Mg.Sc.

VOCAL: Lcda. Dolores Esperanza Auquilla Ortega, Mg. Sc.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento sincero al personal Académico y Administrativo de la Universidad Nacional de Loja, del Área de la salud Humana, en especial de la Carrera de Psicología Clínica.

A mí estimado Director de tesis, Dr. Nerio Silva Aguilar Mg. Sc, por sus conocimientos, experiencias y su asesoría impartida, que me permitió desarrollar y culminar con éxito el presente trabajo investigativo.

Y de manera especial a los pacientes la Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora**,** por permitirme compartir y desarrollar con ellos, esta investigación.

A todas y todos, infinitas gracias.

El Autor

DEDICATORIA

Quiero dedicar en primer lugar este trabajo a DIOS, y a la churonita por darme la vida, la salud, fortaleza, el impulso, y las fuerzas necesarias para poder llegar a lo que ahora soy.

En segundo lugar quiero agradecer a cada uno de los que son parte de mi familia, de manera especial a mi padre, sé que desde algún lugar estará muy orgulloso de mi por haber llegado a concluir una meta de muchas más por obtener, a mi madre que con su paciencia, perseverancia y apoyo incondicional fue la autora principal para que pueda finalizar con éxito mi formación profesional.

A mis hermanos, por ser el pilar fundamental quienes me incentivaron, motivaron a no desmayar y sobre todo a continuar superándome cada día más. A mis amigos, amigas, ex docentes de mi carrera que pasaron por cada una de estas aulas de esta prestigiosa carrera que con sus palabras de afecto y consejos me inculcaron, forjaron e inspiraron a continuar luchando por cada uno de los obstáculos que se presentaron a lo largo de toda mi formación académica quienes también contribuyeron y depositaron en mí su confianza para poder llegar a alcanzar, esta meta anhelada.

Iván

a. TÍTULO

“PROPUESTA PSICOLÓGICA, PARA PACIENTES CON ESTADOS DEPRESIVOS QUE INGRESAN AL ÁREA DE QUEMADOS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, DURANTE EL PERIODO ABRIL – JUNIO 2015”.

b. RESUMEN

Las quemaduras constituyen uno de los traumas más severos al que puede ser sometido el ser humano, no solo por las modificaciones sistémicas que se producen y su alto costo terapéutico, sino también por las alteraciones psicológicas y las graves secuelas que quedan posterior a su tratamiento quirúrgico, que dificultan en gran medida la reinserción de estos pacientes a la sociedad, fundamentalmente generando niveles de depresión, de ahí la necesidad de investigar sobre la propuesta psicológica, para pacientes con estados depresivos que ingresan al Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, durante el periodo abril–junio 2015;la presente investigación plantea como objetivos los mismos que estuvieron encaminados a determinar los episodios depresivos que presentan los pacientes ingresados al área de quemados del Hospital General Isidro Ayora, durante el periodo abril – junio 2015; en Identificar los pacientes del área de quemados del Hospital General Isidro Ayora, que presentan episodios depresivos; además de relacionar el ingreso hospitalario, en el estado depresivo de los pacientes del área de quemados del Hospital General Isidro Ayora; y finalmente en elaborar una propuesta de intervención psicológica que permita afrontar los episodios depresivos en los pacientes del área de quemados del Hospital General Isidro Ayora. La investigación fue descriptiva – analítica, de tipo transversal o sincrónica**,** su finalidad aplicada, y según el énfasis en la naturaleza fue cuanti-cualitativa; se utilizó métodos como el científico, descriptivo, analítico – sintético y el estadístico, entre las técnicas e instrumentos se aplicó la observación psicológica, el test de Beck, con la finalidad de determinar los niveles de depresión, instrumentos que permitieron determinar que la mayoría de pacientes del Área de Quemados, corresponden al sexo masculino, además se logró diagnosticar que el 41% de investigados presentan una depresión media; el 38% corresponden a una depresión leve y por último el 21% restante presentan niveles de depresión moderada, resultados, que permiten concluir que las quemaduras, que sufren los seres humanos, les incide en sus estados depresivos, de ahí la importancia de intervenir psicológicamente y mediante un tratamiento integral; que permita darles una atención a través de técnicas terapéuticas, que coadyuven al afrontamiento de su patología y por ende a mejorar su estado emocional, disminuyendo la sintomatología asociada a la depresión, en la perspectiva de brindándoles una mejor calidad de vida.

Palabras claves: atención psicológica, quemaduras, depresión e intervención

ABSTRACT

Burns are one of the most severe traumas that can be subjected in humans, not just because of the systemic changes that produce and the high therapeutic cost, are also because of psychological disorders and the serious consequences that remain after surgical treatment, that is greatly difficult the reintegration of these patients to society, generating primarily depression levels, for this reason the need of research on psychological approach to patients with depressive states that enter in the Burn Area of the General Hospital Isidro Ayora, during period April- June of 2015; this research propose the same objectives that were guided at determining depressive episodes experienced by patients admitted to the burn area of the General Hospital Isidro Ayora, during period April l-June of 2015; in identify the patients of burn area of the General Hospital Isidro Ayora, who have depressive episodes; besides of relate hospitalization with the depressive state of patients of burn area of the General Hospital Isidro Ayora; and finally, develop a proposal for psychological intervention that allows to face depressive episodes in patients of burn area of the General Hospital Isidro Ayora. The research was descriptive – analytics, cross or synchronous type, its purpose applied, and by the emphasis on nature it was quantitative and qualitative; were used methods as scientifics, descriptive, analytical-synthetic and statistical, among the techniques and instruments was applied the psychological observation, Beck test, in order to determinate the levels of depression, instruments that allowed to determinate that the majority of patients of Burn Area corresponds of male sex, besides it was possible to diagnose that 41% of surveyed have an average depression; 38% mild depression and finally the remaining 21% have moderate levels of depression, results, that suggests that the burns suffered by humans, affects them in their depression, from there the importance of intervening psychologically through a comprehensive treatment; that allows them to give through therapeutic techniques that contribute to face with their condition and therefore improve their emotional state, reducing the symptoms associated with depression, with a view to providing a better quality of life.

Keywords: psychological care, burns, depression and intervention.

c. INTRODUCCIÓN

Se ha considerado a investigar, referente a la intervención psicológica, a pacientes con estados depresivos que ingresan al área de quemados del Hospital General Isidro Ayora; por cuanto sufrir una quemadura aflige de manera integral la salud de la persona, ya que se ve afectada la capacidad de adaptación biológica y el equilibrio psicológico, ocasionando una alteración de la imagen corporal y de su estado emocional, por cuanto las heridas y su tratamiento llevan consigo dolor, sufrimiento y la experiencia vivida se puede volver traumática.

Ferrada (2005), describe que las quemaduras representan un máximo de injuria biológica y causan severas alteraciones metabólicas, son propensas a infección secundaria y dan lugar a severos síndromes de desacondicionamiento, en todos los ámbitos, no únicamente en el aspecto biológico; ya que las secuelas pueden causar graves deformidades y limitaciones funcionales. Los servicios de urgencias deben estar preparados para atender quemaduras, remitiendo las más graves a centros especializados.

En torno a la variable de la depresión, la Organización Mundial de la salud OMS (2012), la cataloga como parte de un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracteriza por un estado de ánimo bajo o deprimido, con disminución del disfrute, apatía, sentimientos de minusvalía, ideación suicida y síntomas somáticos como insomnio y pérdida del apetito. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

De ahí la necesidad de investigar de qué manera incide la intervención psicológica, en pacientes con estados depresivos que ingresan al Área de

Quemados del Hospital General Isidro Ayora durante el periodo abril – junio 2015.

La metodología investigativa es descriptiva – analítica, de tipo transversal o sincrónica**,** su finalidad aplicada, y según el énfasis en la naturaleza, mantiene un enfoque mixto cuanti-cualitativa; se utilizó métodos como el científico, descriptivo, analítico – sintético y el estadístico.

En la perspectiva de mantener una secuencia lógica en el desarrollo de la investigación, se planteó objetivos encaminados a: Identificar los pacientes del área de quemados del Hospital General Isidro Ayora, que presentan episodios depresivos. Relacionar el ingreso hospitalario, en el estado depresivo de los pacientes del área de quemados del Hospital General Isidro Ayora. Y elaborar una propuesta de intervención psicológica que permita afrontar los episodios depresivos en los pacientes del área de quemados del Hospital General Isidro Ayora.

La revisión de literatura se desarrolla en dos categorías, la primera tendiente a explicar de manera adecuada y sistemática a la depresión, en esta parte se encuentran contenidos como definiciones, causas, factores genéticos fisiológicos, personales y ambientales, epidemiología, clasificación, tipos de depresión y síntomas clínicos de la depresión.

Y en la segunda categoría se habla acerca de las quemaduras, definición, clasificación, sentimientos más frecuentes en pacientes quemados y el impacto psicológico ocasionado por las quemaduras

La población de la investigación la conforman 29 pacientes que acuden al Área de quemados del Hospital General Isidro Ayora de Loja, que cumplieron con los criterios de inclusión.

Entre las técnicas e instrumentos se aplicó la observación psicológica, el test de Beck, con la finalidad de determinar los niveles de depresión.

Instrumentos que permitieron determinar que la mayoría de pacientes del Área de Quemados, corresponden al sexo masculino, además se logró diagnosticar que el 41% de investigados presentan una depresión media; el 38% corresponden a una depresión leve y por último el 21% restante presentan niveles de depresión moderada.

Resultados, que permiten concluir que las quemaduras, que sufren los seres humanos, les incide en sus estados depresivos, de ahí la importancia de intervenir psicológicamente y mediante un tratamiento integral; que permita darles una atención a través de técnicas terapéuticas, que coadyuven al afrontamiento de su patología y por ende a mejorar su estado emocional, disminuyendo la sintomatología asociada a la depresión, en la perspectiva de brindándoles una mejor calidad de vida.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

1. DEPRESIÓN.

1.1. DEFINICIÓN

Núñez et al (2015), manifiesta que la depresión forma parte de un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracteriza por un estado de ánimo bajo o deprimido, con disminución del disfrute, apatía, sentimientos de minusvalía, ideación suicida y síntomas somáticos como insomnio y pérdida del apetito. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. Este trastorno afectivo es una forma de expresión de dolor que se manifiesta con síntomas psíquicos y somáticos, por lo que para el diagnóstico y tratamiento de la depresión es muy importante valorar el entorno del paciente.

1.2 CAUSAS

Núñez et al (2015), expone que entre las principales causas de la depresión podemos encontrar tanto factores genéticos, fisiológicos, personales como ambientales:

1.2.1 Factores genéticos

La presencia de antecedentes de depresión en el ámbito familiar cercano (padres y hermanos) incrementa en un 25-30% la probabilidad de sufrir depresión. En diversos estudios se ha determinado que en los gemelos monocigóticos hay un 50% más de probabilidades de que uno de los hermanos padezca depresión en el caso de existir precedentes en el otro. Este porcentaje se reduce al 25% en el caso de gemelos dicigóticos.

1.2.2 Factores fisiológicos

La aparición y cronificación de la depresión se ha relacionado especialmente con un descenso de los niveles de serotonina a nivel de las uniones neuronales. Por este motivo, en el tratamiento de la depresión se emplea en ocasiones un grupo de fármacos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, cuya función consiste precisamente en modificar los niveles de serotonina que se encuentran alterados en estos pacientes.

Existe, además, un grupo de enfermedades estrechamente ligadas a la aparición de depresión, la mayoría de ellas relacionadas con alteraciones endocrinas:

Migraña.
Diabetes.
Hipertiroidismo.
Síndrome de Cushing.
Enfermedad de Adisson.
Amenorrea hiperprolactinémica.

1.2.3 Factores personales

Se ha visto que existe un porcentaje significativamente mayor de depresión en mujeres que en hombres. La edad también es un factor influyente, y la franja comprendida entre los 35 y los 45 años es la de mayor incidencia de depresiones. El embarazo y el posparto son etapas vitales de la mujer con un mayor riesgo de aparición de depresión debido a las alteraciones hormonales sufridas.

1.2.4 Factores ambientales

Se consideran factores potenciadores de la aparición de este trastorno todos aquellos que son negativos para el sujeto (estrés, ansiedad, incapacidad de encauzar los problemas...) en cualquiera de sus ámbitos personales (laboral, familiar...), en especial si el sujeto se encuentra además en una situación de dependencia o consumo habitual de alcohol, tabaco, drogas, etcetera. Una situación de escasas o nulas relaciones interpersonales potencia especialmente estos factores.

1.3. EPIDEMIOLOGÍA

La depresión es el trastorno psicológico más frecuente. “Los datos estadísticos indican que alrededor del 10% de la población general está o llegará a estar clínicamente deprimida a lo largo de su vida. El riesgo a lo largo de la vida de sufrir depresión es de un 10% para los hombres, y de casi un 25% para las mujeres. Por cada hombre deprimido hay 3 mujeres que también lo están. Aunque podemos encontrar depresión en cualquier momento de la vida, parece claro que el riesgo de depresión aumenta con la edad, encontrándose 2 periodos críticos: entre los 35 y los 45 años, y a partir de los 60 años” (Sevilla 2008)

1.4. CLASIFICACIÓN

Según la clasificación del DSM- 5 (2015), el cuadro clínico de un episodio depresivo se presenta de la siguiente forma:

1.4.1 TRASTORNO DESREGULACIÓN DESTRUCTIVA DEL ESTADO DE ÁNIMO

A. Accesos de cólera grave y recurrente que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.

C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.

D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).

E. Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.

F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.

G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

H. Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años.

I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.

J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro del autismo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).

Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias.

En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.

K. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

1.4.2 TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej. Se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Procedimientos de codificación y registro

Especificador de gravedad/curso	Episodio único	Episodio recurrente
Leve	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderado	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Con características psicóticas	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
En remisión parcial	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
En remisión total	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
No especificado	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

Para un episodio que se considera recurrente, debe haber un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor. Si existen

características psicóticas, codificar el especificador, con características psicóticas, independientes de la gravedad del episodio.

A la hora de registrar el nombre de un diagnóstico, se enumerarán los términos en el orden siguiente: trastorno de depresión mayor, episodio único o recurrente, especificadores de gravedad/psicótico/ remisión, y a continuación todos los especificadores siguientes sin código que sean aplicables al episodio actual.

Especificar:
Con ansiedad
Con características mixtas
Con características melancólicas
Con características atípicas
Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo
Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo
Con catatonía. Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 (F06.1).
Con inicio en el periparto
Con patrón estacional (solo episodio recurrente)

1.4.3 TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

Especificar si:
Con ansiedad
Con características mixtas
Con características melancólicas
Con características atípicas
Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo
Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo
Con inicio en el periparto

Especificar si:
En remisión parcial
En remisión total

Especificar si:
Inicio temprano: Si el inicio es antes de los 21 años.
Inicio tardío: Si el inicio es a partir de los 21 años.

Especificar si (durante la mayor parte de los dos años más recientes del trastorno depresivo persistente):

Con síndrome distímico puro: No se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Con episodio de depresión mayor persistente: Se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los dos años anteriores.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual: Actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en por lo menos los dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio de depresión mayor completo.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual: Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Especificar la gravedad actual:
Leve
Moderado
Grave

1.4.4 TRASTORNO DEPRESIVO DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA

A. Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para el trastorno depresivo debido a otra afección médica es **293.83,** que se asigna independientemente del especificador. El código CIE-10-MC depende del especificador (véase más adelante).

Especificar si:
(F06.31) Con características depresivas: No se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor.
(F06.32) Con episodio del tipo de depresión mayor: Se cumplen todos los criterios (excepto el Criterio C) para un episodio de depresión mayor.
(F06.34) Con características mixtas: También existen síntomas de manía o hipomanía pero no predominan en el cuadro clínico.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.83 [F06.31] trastorno depresivo debido al hipotiroidismo, con características depresivas). La otra afección médica también se codificará y enumerará por separado inmediatamente

antes del trastorno depresivo debido a la afección médica (p. ej., 244.9 [E03.9] hipotiroidismo; 293.83 [F06.31] trastorno depresivo debido al hipotiroidismo, con características depresivas).

1.5 ESPECIFICADORES PARA TRASTORNOS DEPRESIVOS

Especificar si:

Con ansiedad: La ansiedad se define como la presencia de dos o más de los síntomas siguientes durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia):

1. Se siente nervioso o tenso.
2. Se siente inhabitualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.
5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Especificar la gravedad actual:
Leve: Dos síntomas.
Moderado: Tres síntomas.
Moderado-grave: Cuatro o cinco síntomas.
Grave: Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

Nota: Ansiedad que se aprecia como característica destacada tanto del trastorno bipolar como del trastorno de depresión mayor en la asistencia primaria y en los servicios especializados en salud mental. Los altos grados de ansiedad se han asociado a un riesgo mayor de suicidio, duración más prolongada de la enfermedad y mayor probabilidad de falta de respuesta al tratamiento. Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la

respuesta terapéutica es clínicamente útil especificar con precisión la presencia y la gravedad de la ansiedad.

1.6 TIPOS DE DEPRESIÓN

Fernández et al. (2012), expone que los diferentes tipos de depresión, se clasifican en función a los síntomas que muestra el paciente, por lo cual se debe considerar los siguientes grupos:

Grupo A

- Duración no inferior a 2 semanas.
- No atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a trastornos mentales orgánicos.

Grupo B

- Humor depresivo no habitual en el paciente, constante durante todo el día y mantenido en el tiempo de forma casi constante. No varía con las circunstancias ambientales del sujeto, y persiste al menos durante 2 semanas.
- Pérdida o ausencia de interés por actividades anteriormente placenteras.
- Aumento de la capacidad de fatiga, o pérdida de la vitalidad habitual.

Grupo C

- Pérdida de la autoestima y de la confianza en uno mismo. Sentimiento de inferioridad no justificado prolongado en el tiempo.
- Auto-reproches constantes y desproporcionados con sentimiento de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos de muerte o suicidio recurrentes, incluyendo tentativas.
- Disminución de la capacidad de concentración y pensamiento. Suele acompañarse de falta de decisión.
- Aparición de lentitud de las funciones motoras, o agitación.

- Alteraciones del sueño.
- Variaciones del peso corporal por descontrol alimentario (aumento o descenso marcado del apetito).

Grupo D

- Presencia de síndrome somático, compuesto por alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave, concordantes o no con el estado anímico del paciente.

De acuerdo a estos criterios se puede clasificar el cuadro depresivo en:

Episodio depresivo leve

Presenta dos o tres síntomas del grupo B. Estos pacientes, por lo general, son capaces de continuar con sus actividades habituales con total normalidad.

Episodio depresivo moderado

El paciente presenta al menos dos síntomas del grupo B y un cierto número del grupo C, hasta conformar un mínimo de seis síntomas. Estos pacientes presentan dificultades manifiestas para el desarrollo de las actividades habituales.

Episodio depresivo grave

Presentan todos los síntomas del grupo B, unidos a varios del grupo C, hasta conformar un mínimo de ocho síntomas. Estos pacientes presentan una situación emocional marcadamente ligada a la angustia, especialmente con pérdida de autoestima y sentimientos intensos de culpa e inutilidad.

En estos episodios cobran relevancia los intentos de suicidio, asociados a la carga somática, principalmente en los pacientes de sexo masculino, por lo que estos pacientes deben ser controlados de forma constante e incluso, en determinados casos, se debe valorar la hospitalización del paciente. En esta fase pueden aparecer asociados síntomas del grupo D.

1.7 SÍNTOMAS CLÍNICOS DE LA DEPRESIÓN

El DSM V (2015), indica que aunque el perfil de la depresión es algo variable y depende del tipo de trastorno afectivo, el núcleo básico es el afecto depresivo. El interlocutor lo capta fácilmente pues habitualmente se percibe la irradiación de tristeza que remite el paciente.

En la depresión encontramos:

1.7.1 Síntomas afectivos

Los pacientes suelen presentar de forma predominante y estable un estado de ánimo deprimido, con tristeza, tendencia al llanto y sensación de desesperanza. Su mímica transmite a los que están alrededor abatimiento y la sensación de que les cuesta pensar y que cualquier actividad les supone un suplicio. Otras veces destacan la irritabilidad, los sentimientos de frustración o de inseguridad y el temor catastrófico. Incluso puede suceder que no hagan referencia al estado de ánimo y centren sus quejas en molestias físicas.

1.7.2 Síntomas cognitivos

- Consideración negativa de sí mismo, que ocasiona baja autoestima y autoconcepto.

- Consideraciones negativas del entorno, interpreta erróneamente las situaciones externas.
- Consideraciones negativas del futuro; el paciente anticipa que los acontecimientos futuros serán negativos (desesperanza).

1.7.3 Síntomas fisiológicos

Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia) y del apetito, modificaciones en el peso y disminución del deseo sexual, falta de energía, agitación o enlentecimiento psicomotor.

1.7.4 Síntomas conductuales

Abulia, anhedonia, deterioro social y laboral, disminución de la capacidad de concentración, actos impulsivos e intentos suicidas.

2. QUEMADURAS

2.1 DEFINICIÓN

La Cruz Roja de España (2008), dio a conocer que las quemaduras son un tipo específico de lesión de los tejidos blandos producidos por agentes físicos, químicos, eléctricos o por radiaciones. Una quemadura grave puede poner en peligro la vida y requiere atención médica inmediata. La gravedad de la quemadura depende de la temperatura del medio que la causó y la duración de exposición a ésta por parte de la víctima. La gravedad de la quemadura también está determinada por su ubicación en el cuerpo, el tamaño de la quemadura, así como la edad y el estado físico de la víctima.

Ferrada (2005), describe que las quemaduras representan un máximo de injuria biológica y causan severas alteraciones metabólicas, son propensas a

infección secundaria y dan lugar a severos síndromes de desacondicionamiento. Las secuelas pueden causar graves deformidades y limitaciones funcionales. Los servicios de urgencias deben estar preparados para atender quemaduras, remitiendo las más graves a centros especializados.

En estas consideraciones se entiende por quemadura un conjunto de fenómenos locales y sistémicos que resultan de la acción de muy alta temperatura, electricidad o algunos agentes químicos. Las quemaduras se pueden producir en cualquier lugar del organismo, pero son mucho más frecuentes en la piel. La lesión por quemaduras implica riesgos que ponen en peligro la vida en los días posteriores al trauma inicial. A diferencia de las heridas por trauma penetrante, la herida por quemadura tiene apariencia inicial inocente que puede confundir al médico inexperto.

2.2 CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS.

Ferrada (2005), da a conocer que las quemaduras de piel se clasifican en grados de acuerdo con la profundidad, en la siguiente forma:

Grado I.

Corresponden a las quemaduras producidas por exposición solar; se compromete la epidermis únicamente. Se produce descamación en los siguientes 7 a 10 días, y no quedan cicatriz ni cambios de pigmentación.

Grado II.

La lesión alcanza porciones variables de la dermis. Estas quemaduras cuando son superficiales se denominan Tipo A y cicatrizan en plazo inferior a 14 días sin dejar secuelas importantes. Cuando destruyen parte importante de la dermis, la

cicatrización se produce después de los 18 días y la cicatriz es de mala calidad, con aparición de queloide, híper o hipo pigmentación y retracciones. Esta quemadura también se llama tipo AB.

Grado III.

Destruye toda la dermis y por tanto no deja restos dérmicos o epidérmicos que permitan la epitelización. La cicatrización se produce por segunda intención, es decir por aproximación de los bordes de la superficie cruenta, y la epitelización sólo alcanza uno o dos centímetros desde el borde de piel sana. Estas quemaduras se denominan tipo B.

Grado IV.

La lesión grado IV implica destrucción de músculo o estructuras óseas. Generalmente es el resultado de la energía por electricidad.

2.3 SENTIMIENTOS FRECUENTES EN PACIENTES QUEMADOS

Santos (2011), en función a las investigaciones que ha efectuado, da a conocer las principales patologías asociadas, que pueden presentar, las personas que han sufrido quemaduras, entre las cuales están: La depresión, el enojo, hostilidad y la ansiedad

Depresión: La depresión es una respuesta esperada en las pérdidas. Las lesiones pueden conllevar pérdidas de funciones del cuerpo, de familiares o de trabajo. Todas estas producen ansiedad y también pueden generar depresión, manifestándose de muchas formas. Los pacientes pueden hablar de tristeza o expresar tristeza en su expresión facial, el apetito disminuye, hay pérdida de peso, trastornos del sueño y paralelamente disminuye la actividad psicomotora al despertar por la mañana. Todas estas

son señales de humor depresivo (Blumenfleld y Schoeps; 1993, Slaíkeu; 1995).

Una quemadura produce tantos cambios metabólicos, que muchas veces se dificulta el diagnóstico de depresión. Blumenfleld y Schoeps (1993) indican que los pacientes han progresado a una condición depresiva, cuando la pérdida causada por la quemadura viene a distorsionar su mente y cuando hay un concomitante decrecimiento de los sentimientos de valía. Los autores consideran que la depresión mayor no se inicia con los pensamientos recurrentes, o los recuerdos tristes de la pérdida, sino cuando estos le dan un significado a la pérdida que daña su autoestima.

Los pacientes que han sufrido amputaciones, pueden percibirse como desfigurados y acompañarse esta percepción de culpa irracional, y autoacusaciones.

La presencia de síntomas vegetativos tales como: disturbios del sueño, constipación, disminución del apetito, desinterés sexual y una lentitud general, pueden hacer pensar en una depresión; sin embargo, estos síntomas pueden estar presentes en pacientes graves como manifestación de su condición fisiológica. Debe siempre mirarse la historia personal, en busca de enfermedad mental previa, especialmente de desorden afectivo mayor.

Es común encontrar un paciente con una depresión mayor y además deprimida, como una respuesta a la pérdida o una persona que con propensión a presentar un desorden afectivo, desarrolle algún grado significativo de depresión. Existen algunos síntomas psicológicos y psiquiátricos que según Blunienfle y Schoeps (1993) pueden ser causados por el uso de drogas, incluida la depresión y el síndrome psicótico, que a su vez puede dar como resultado, la esquizofrenia. Estos efectos pueden estar

relacionados con las dosis de las drogas, o pueden ser idiosincrásicos. Los síntomas que empieza cuando el paciente está tomando drogas, usualmente desaparecen después que dejan.

Estos autores señalan la importancia del monitoreo de signos peligrosos en personas afligidas que no han manejado las pérdidas, tales como:

1. Persistencia de creencias acerca del suicidio. Tomando en consideración que comentarios sobre el suicidio no son inusuales, pero algunas ideas suicidas deben tomarse en serio.
2. Fracaso para obtener los recursos básicos de supervivencia. Aunque es ciertamente común que este paciente se olvide de comer y encuentre dificultades para dormir, sin embargo la persistencia en la pérdida de apetito y
3. disturbios del sueño es un signo de serios problemas potenciales.
4. Persistencia del duelo o depresión persistente. Más significativo que la duración del proceso de duelo es la progresión observada. Estas personas afligidas, preocupadas por las pérdidas son capaces de invertir energía en sus intereses o son los síntomas de aflicción los mismos o peores que meses o años atrás, son estos algunos de los signos que deben monitorearse.
5. Abuso de drogas o alcohol. El uso de estas sustancias puede producir un temporal adormecimiento del dolor y la pena, pero pueden retardar el proceso de recuperación
6. Recurrir a la enfermedad mental. Aunque muchas personas con serias enfermedades mentales pueden estar limitadas en sus habilidades para manejar la pena y el duelo, el estrés puede también ser difícil de manejar para personas con un precario equilibrio.

Enojo y hostilidad

Los pacientes internos dentro de un hospital 110 sólo pierden temporalmente el control, también pierden posesiones, auto imagen, y afectos, por esto es usual, como lo refieren los investigadores Blumenfield y Schoeps (1993) que estén presentes sentimientos como la ira, el enojo y la hostilidad. La primera consideración ante estos pacientes es el control del dolor y corregir si hay una sub-medicación. Si la cólera y hostilidad es por síndrome mental orgánico, debe reconocerse y de ser posible corregirse. Heridas en la cabeza pueden causar cambios en los patrones conductuales. El síndrome de aislamiento por drogas o alcohol necesita ser reconocido y corregido.

Debe tomarse en consideración que ciertos medicamentos pueden producirlo también. Pacientes que tienen un persistente desorden psiquiátrico mayor, puede ser debido a patrones conductuales usuales o producto de una descompensación psicótica que se refleja en agitación, cólera y conducta paranoica, en estas situaciones los fármacos son usualmente los más apropiados. Es probable que la cólera y conducta agitada sean universales en personas hospitalizadas por traumas o quemaduras y son usualmente las primeras emociones en aparecer, para dar paso posteriormente a la dependencia.

Ansiedad

Otra emoción común en pacientes quemados es la ansiedad. Esta emerge porque la persona experimenta el trauma como una situación peligrosa, que hace surgir miedos básicos experimentados en la infancia. Blumenfleld y Schoeps (1993) han observado siete tipos de ansiedad en estos pacientes la amenaza básica a la integridad narcisista, miedo a los extraños, miedo a la separación, miedo a perder el amor y la aprobación, miedo a lesionar o

perder partes del cuerpo y miedo a perder el control de las funciones del cuerpo.

2.4 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON QUEMADURAS

Del Sol et al. (1990), da a conocer que el tratamiento de las quemaduras se extiende más allá de la sobrevivencia del paciente a fin de incluir la recuperación óptima de las funciones del individuo como un todo. Las posibilidades, reales, de sobrevivencia física de una víctima de quemaduras subrayan la preocupación del potencial de morbilidad psicológica del sobreviviente a una quemadura. El equipo multidisciplinario de profesionales y especialista de quemados, lleva a cabo, aún en circunstancias de emergencia, planes presuntivos, basados en la vida futura de éste paciente. Las decisiones del tratamiento están influenciadas por la preocupación en preservar movilidad, aspectos cosméticos y bienestar psicológico al paciente. Los temas psicológicos y sociales constituyen partes integrales del tratamiento de las quemaduras, desde el momento de la lesión hasta la recuperación y rehabilitación total del paciente.

El tipo de lesiones que sufren los pacientes quemados, hace que su recuperación requiera de un personal profesional debidamente entrenado. La intervención en crisis debe ofrecerles a los pacientes oportunidad de expresar sus emociones, desde el primer día, por lo que es necesario contar con los servicios de los psicólogos, capacitados para esa labor.

Es importante destacar que al tener conciencia de su situación y percibir que no son autosuficientes como antes, los pacientes pueden sentirse amenazados, deprimidos, ansiosos o temerosos. Según Martín (en Freedman, Kaplan y Sandock, 1982), "la gente difiere en su habilidad y deseo para aceptar el papel de paciente". Esta consideración sobre la

dependencia existente entre médico - paciente, en la mayoría de los casos es aceptada de una manera normal, sin embargo, en ciertos pacientes, por lo general con conflictos de dependencia, se van a presentar dificultades en el sentido de prolongar la convalecencia. Existen dos tipos de reacciones en pacientes de este tipo: los que ansían dependencia y los otros que tienen miedo de ella.

El paciente emocionalmente maduro será capaz de aceptar de forma consciente su enfermedad y, si fuera el caso, la muerte. El psicólogo deberá concientizar al paciente de que su actitud tiene mucha influencia en la efectividad del tratamiento que se seguirá con él. Igualmente los pacientes deben ser informados de que la tensión puede afectar la circulación, impedir el proceso de cicatrización y disminuir su comodidad (Achauer1993).

El Dr. Del Sol (1990), señaló que en Cuba los sujetos atendidos en el servicio de quemados del Hospital Docente General Calixto García, así como en otras unidades parecidas, necesitan atención tanto médica reconstructiva como psicológica.

También es importante considerar los apoyos sociales con que cuenta el paciente. El centro médico debe iniciar el contacto con los familiares, de ser posible desde el primer día de ingreso. Esto con el fin de permitirles manejar la culpa, la incredulidad y la pérdida y facilitar de esta forma que los contactos sociales del quemado, sobre todo los familiares, estén en mejor capacidad de brindarles asistencia emocional.

La mejor predicción del éxito de la rehabilitación es el apoyo social con que cuenta, entendido como la familia, los compañeros y los amigos. El mismo autor recomienda la técnica de relajación simple, las técnicas de autocontrol, la respiración primaria y las técnicas de disociación, como formas de

alejamiento de su situación, y de las cuales podría disponer cuando así lo requiera.

Estas técnicas pueden ser enseñadas por personal técnico calificado como son: psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales.

Un aspecto al que contribuyen las técnicas de relajación es al control del dolor. Los grados elevados de ansiedad y la atención en el estímulo generador originan mayor percepción del dolor. Las técnicas de relajación pueden contribuir no sólo a disminuir la ansiedad, para así disminuir la percepción del dolor, sino que logran potencializar los analgésicos. Con estos pacientes debe considerarse, además, que el dolor no sólo está presente en la lesión, sino que los tratamientos médicos para las quemaduras son dolorosos. Para que la cicatrización tenga lugar, las heridas deben ser lavadas, lo que produce dolor en el paciente. El dolor también se incrementa cuando es movido en la cama, al transportarlo, al realizar los ejercicios y al tomar tejido sano para injertos.

Blumenfle y Schoeps (1993) realizaron un estudio con 68 quemados de un centro médico y encontraron que 16 de ellos fueron incapaces de ocupar sus funciones sociales o laborales varios meses después de la lesión y presentaron síntomas psicológicos: disturbios del sueño durante su hospitalización y posteriormente a ella y utilizaron regresiones, mecanismos de defensa y tendencia a experimentar la lesión como una herida narcisista, en mayor grado que los del guipo restante.

Los pacientes participantes en el estudio de Blumenfleid y Schoeps (1993) tenían entre 18 y 32 años, estuvieron hospitalizados por más de una semana con quemaduras de leves a moderadas y no hubo diferencias en cuanto a: edad, sexo, raza, agente agresor, circunstancias del accidente y grado de desfiguramiento. Además se descartó psicopatología preexistente, abuso de

sustancias o enfermedad médica. También se aseguraron de que los sujetos de la muestra tuvieran un adecuado soporte social y económico. Un signo de pronóstico fue la ausencia de afecto espontáneo, especialmente antes de que el dolor y las dificultades médicas fueran resueltas, lo que indica que un paciente con lesiones menores puede desarrollar problemas emocionales, si no goza de humor con el equipo médico.

Muchos terapeutas recomiendan proporcionar psicoterapia breve a los quemados una vez estabilizados desde el punto de vista médico (Blumenfeld y Schoeps, 1993). Del personal que atiende a este tipo de pacientes, las enfermeras son quienes por su continuo contacto, pueden recomendar y coordinar servicios especiales que contribuyan al mejor estado emocional y psicológico de los mismos.

Achauer (1993) en consecuencia, recomienda un período de intensa psicoterapia de la siguiente manera:

1. Identificar para dar atención de inmediato, al trastorno de estrés post traumático (TSPT), el cual conlleva la evitación de contactos interpersonales, sociales y laborales
2. Recomienda usar técnicas de hipnosis.
3. Lograr que el paciente acepte el desfiguramiento y cualquier incapacidad que la quemadura le ocasione.

Cabe destacar la importancia del estrés post traumático, con datos obtenidos por la investigación llevada a cabo por Mora, Peña y Cortorreal (1994). En dicho estudio, en una muestra de 30 pacientes quemados del area de Quemados Pearl F. Ort, la totalidad presentó TSPT. El TSPT es definido como "el temor relacionado con un accidente y la subsecuente reacción emocional". Se considera agudo si dura menos de seis meses y crónico si pasa de ese período.

Dos tercios de los pacientes quemados sufren secuelas psicológicas. Según un estudio de Blumemlield y Schoeps (1993), de 68 pacientes, 16 presentaron problemas psicológicos posteriores. Sueños, imágenes repentinas y fantasías acerca del accidente empiezan a ser integradas a la realidad, de forma tal que muchos los presentan después de una o dos semanas, posteriores al accidente. En otros, los síntomas no ceden en uno dos meses. Ocasionalmente las reacciones las quemaduras o el trauma pueden ser reactivados muchos meses o años después, ante otro trauma. Algunos pueden requerir tranquilizantes para controlar sus imágenes traumáticas sobre el accidente y antidepresivos o sedantes para la ansiedad.

Por lo cual es fundamental enseñarle al paciente que detrás de su deformidad se encuentra un ser humano, esto le puede ayudar a desviar la atención hacia él como persona. Bernstein, opina que: las manifestaciones de auto-consideración y auto-confianza positivas despiertan respuestas positivas y pueden liberar de problemas a los desfigurados. La psicoterapia breve, las técnicas de hipnosis, la relajación y las imágenes mentales, pueden contribuir a controlar el temor y la ansiedad que conlleva todo traumatismo y a la vez también a mitigar el dolor tan frecuente en las quemaduras graves.

e. MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación es de carácter científico – social, se utilizó una metodología descriptiva - analítica, por cuanto está encaminada a indagar la relación de la intervención psicológica en pacientes con estados depresivos que ingresan al área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja; es de tipo transversal o sincrónica**,** su finalidad es aplicada, y según el énfasis en la naturaleza es cuanti–cualitativa.

Para el desarrollo adecuado de la misma se utilizaron métodos como el científicos, descriptivo, analítico - sintético y estadístico; además se aplicaron técnicas e instrumentos, como la observación clínica psicológica y el test de Beck, instrumentos que facilitaron el acceso al amplio bagaje de la información de cada uno de los pacientes de la muestra en estudio, indagando a profundidad la problemática planteada.

Se debe indicar que cada uno de los instrumentos se los aplico de forma individual a los pacientes del Área de Quemados, ya que se tuvo la autorización y el permiso de las autoridades del Hospital Isidro Ayora, quienes dieron las facilidades, así como el espacio y el tiempo adecuado, para desarrollar la investigación de campo, además de que se contó con el consentimiento informado y la colaboración decidida, de la población en estudio.

El universo estadístico, está constituido por los pacientes que ingresan al Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, en el periodo comprendido entre abril – junio del 2015, que oscilan entre las edades de 18 a 65 años, dando un total de 29 personas a investigar, que cumplieron con los criterios de inclusión.

Para la presente investigacion se utilizo el test de depresion de Aaron Beck.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes. La versión original se introdujo en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh como una prueba autoadministrada; revisada en 1971 en el Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pennsylvania resultando en la versión BDI-IA. La versión revisada y la original tienen alta correlación. Beck definió depresión como "un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas y pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos." El instrumento se diseñó para valorar este estado y fue derivado de observaciones clínicas y descripciones de síntomas frecuentes en pacientes psiquiátricos con depresión e infrecuentes en pacientes sin depresión. Aunque fue diseñado para población de pacientes, y no para tamizaje, ha sido utilizado ampliamente para este propósito. Las ventajas de esta versión son una alta consistencia interna, alta validez de contenido, especificidad en la diferenciación de pacientes deprimidos y sanos, y su popularidad internacional. Ha sido validado para población de habla hispana por Conde et al (1976) y por Bonicatto et al (1998) en España y Argentina respectivamente con resultados satisfactorios. También fue validado en poblaciones de universitarios, adultos y adolescentes psiquiátricos ambulatorios. Morán y Lambert (1983) compararon el contenido de esta versión con el DSM-III y encontraron que solo cumplía con 6 de los 9 criterios. Esto llevó a una nueva revisión que resultó en el BDI-II. Cuatro ítems (pérdida de peso, dificultad para trabajar, cambio en la imagen corporal y preocupaciones somáticas) fueron eliminados y se incluyeron agitación, baja autoestima, dificultad para concentrarse y pérdida de energía. Se cambiaron dos ítems para mostrar tanto aumento como disminución en apetito y sueño. Fue desarrollada para ajustarse a los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de depresión listados en el DSM-IV. En esta versión los ítems no fueron seleccionados para reflejar

ninguna teoría en particular de depresión, es más, ninguna definición de depresión se incluye en el manual del BDI-II.

El resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para despistaje o chequeo.

Descripción

La forma actual es el BDI-II: un instrumento autoadministrado de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una escolaridad de quinto a sexto grado para entender apropiadamente las preguntas.

Impacto del BDI

El desarrollo del BDI ha sido muy importante para la psicología y la psiquiatría porque ha representado una alternativa a la conceptualización psicoanalítica de la depresión. También ha establecido un principio seguido en su desarrollo por otros cuestionarios autoadministrados, que los ítems pueden ser inicialmente recogidos directamente de los pacientes y a partir de ellos sugerir teorías, que al contrario, desarrollar un instrumento a partir de una teoría que podría no ser válida.

Este instrumento se utiliza mucho en investigación encontrando 3,209 artículos revisados que han utilizado este inventario para medir la depresión,

y ha sido traducido en múltiples idiomas europeos, así como en árabe, japonés, persa y xhosa.

Técnica de Aplicación

El cuestionario consta de 21 preguntas. El paciente debe leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada uno la opción que mejor describe la forma como se ha venido sintiendo en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Debe encerrar en un círculo el número del enunciado que escogió. Si encuentra más de un enunciado que lo identifique, marque cada uno de ellos. El paciente debe leer todos los enunciados antes de elegir su respuesta.
Interpretación

Se suma el puntaje dado en cada ítem y se obtiene el total. El mayor puntaje en cada una de las 21 preguntas es de 3, y el más alto posible es 63. El puntaje menor para toda la prueba es de cero. Se suma solo un puntaje por cada ítem, el mayor si se marcó más de uno.

Puntajes totales

0-9	DEPRESIÓN AUSENTE
10-17	DEPRESIÓN LEVE
18 – 24	DEPRESION MEDIA
25 – 29	DEPRESION MODERADA
30 o +	DEPRESION GRAVE

Nota: Se considera que el puntaje total menor a 5 puntos está por debajo de los altibajos normales de la vida diaria y se debe considerar la posibilidad de que el paciente finge y/o niega la depresión. Los puntajes mayores de 40

puntos son muy altos aun para pacientes con depresión severa, lo que sugiere una posible exageración de la depresión, con características de personalidad limítrofe o histriónica. Sin embargo, estos puntajes son posibles en depresión.

PROPIEDADES PSICOMETRICAS

Fiabilidad:

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.76-0.95) La fiabilidad test oscila alrededor de r = 0.8, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

Validez:

Su validez Predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento:

Sensibilidad del 100 %,
Especificidad del 99 %,
Valor predictivo positivo 0.72, y
Valor predictivo Negativo de 1 (punto de corte mayor-igual 13)

Aplicación:

La aplicación se la realizará de forma individual con una duración aproximada de 10 a 20 minutos en cada uno de los pacientes.

f. RESULTADOS

PACIENTES DEL ÁREA DE QUEMADOS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA

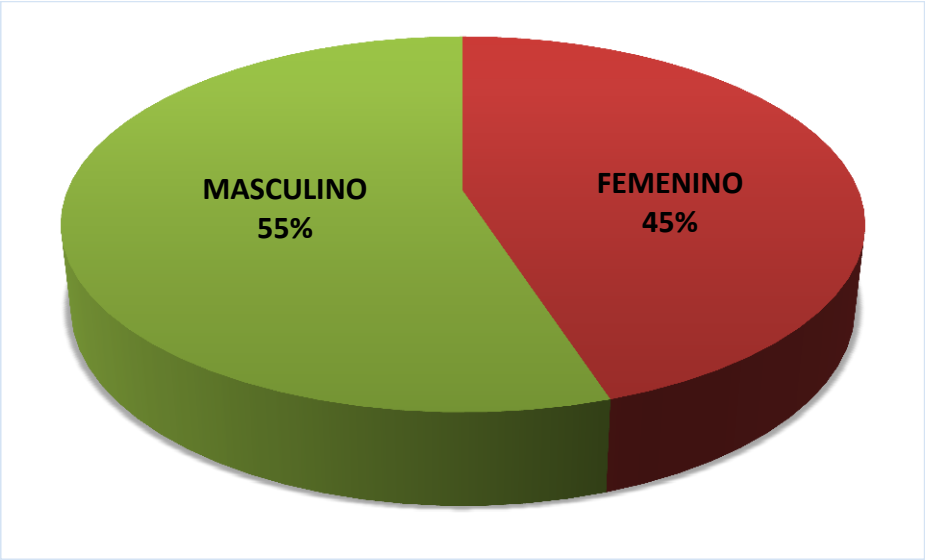
Tabla Nro. 1:

PACIENTES DEL ÁREA DE QUEMADOS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA		
IDENTIDAD SEXUAL	**f**	**%**
MASCULINO	16	55%
FEMENINO	13	45%
TOTAL	29	100%

Fuente: Pacientes del área de quemados del Hospital General Isidro Ayora
Autor: Iván Valladares Torres.

Gráfico Nro.1.

PACIENTES DEL ÁREA DE QUEMADOS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA



Fuente: Pacientes del área de quemados del Hospital General Isidro Ayora
Autor: Iván Valladares Torres.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según los resultados obtenidos con la aplicación del inventario de depresión de Beck, podemos destacar que la mayoría de pacientes del Área de Quemados, en un 55% corresponden al sexo masculino y el 45% restante pertenecen al sexo femenino.

Se debe manifestar que el sexo es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer. El sexo viene determinado por la naturaleza, es una construcción natural, con la que se nace.

OBJETIVO 1: IDENTIFICAR LOS PACIENTES DEL ÁREA DE QUEMADOS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, QUE PRESENTAN EPISODIOS DEPRESIVOS

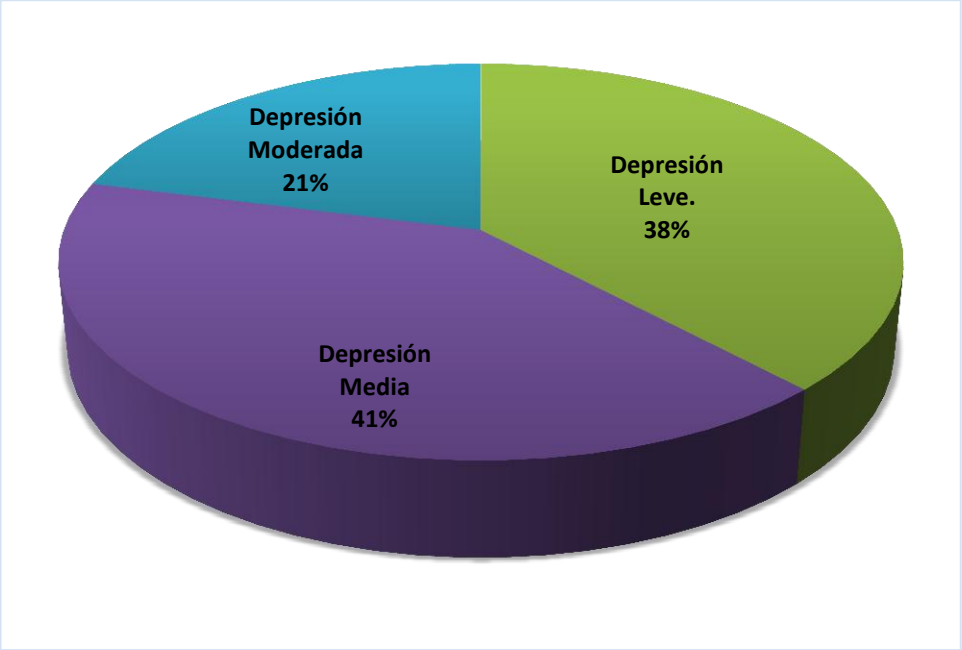
Tabla Nro. 2.

PUNTAJE	ALTERNATIVA	f	%
0 - 9	Depresión Ausente	0	0
10, 17	Depresión Leve.	11	38%
18- 24	Depresión Media	12	41%
25- 29	Depresión Moderada	6	21%
30 +	Depresión Grave	0	0%
TOTAL		**29**	**100%**

Fuente: Inventario de Depresión de Beck
Autor: Iván Valladares Torres

Gráfico Nro. 2.

IDENTIFICAR LOS PACIENTES DEL ÁREA DE QUEMADOS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, QUE PRESENTAN EPISODIOS DEPRESIVOS



Fuente: Inventario de Depresión de Beck
Autor: Iván Valladares Torres

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Mediante la aplicación del reactivo del inventario de depresión de Beck, se puede evidenciar, que el 41% de investigados presentan una depresión media; el 38% corresponden a una depresión leve y por último el 21% restante presentan niveles de depresión moderada.

La Organización Mundial de la Salud OMS (2012), indica que la depresión forma parte de un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracteriza por un estado de ánimo bajo o deprimido, con disminución del disfrute, apatía, sentimientos de minusvalía, ideación suicida y síntomas somáticos como insomnio y pérdida del apetito. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

g. DISCUSIÓN

Eileen Janet Matos Duarte 2013, en su estudio investigativo denominado trastornos depresivos en escolares y adolescentes quemados, desarrollado en la Unidad Docente del Hospital Universitario de Maracaibo, en la República Bolivariana de Venezuela, dio a conocer que la depresión se presenta en un alto porcentaje, en la población estudiada; por cuanto el 24% se diagnosticaron con depresión leve, otro 24% con depresión moderada, y así mismo en un porcentaje del 24% presento depresión severa, es decir del 100% de la población investigada el 72%, presenta niveles de depresión.

En estas consideraciones, estoy de acuerdo, con los resultados del estudio antes indicado, además coinciden con los resultados de esta investigación, ya que se ha podido evidenciar, que el 41% de investigados presentan una depresión media; el 38% corresponden a una depresión leve y por último el 21% restante presentan niveles de depresión moderada; es decir el 100% de la población estudiada del Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora de La ciudad de Loja, se diagnosticaron con sintomatología asociada a la depresión.

Es decir el impacto de presentar una quemadura, afecta significativamente la salud mental de las personas, fundamentalmente en lo que concierne a su estado emocional en lo que concierne, de ahí la importancia de intervenir psicológicamente en estos pacientes.

Por lo que el tratamiento de las quemaduras se extiende más allá de la sobrevivencia del paciente a fin de incluir la recuperación óptima de las funciones del individuo como un todo. Las posibilidades, reales, de sobrevivencia física de una víctima de quemaduras subrayan la preocupación del potencial de morbilidad psicológica del sobreviviente a una quemadura. El equipo multidisciplinario de profesionales y especialista

de quemados, lleva a cabo, aún en circunstancias de emergencia, planes presuntivos, basados en la vida futura de éste paciente. Las decisiones del tratamiento están influenciadas por la preocupación en preservar movilidad, aspectos cosméticos y bienestar psicológico.

h. CONCLUSIONES

- Los pacientes que sufren quemaduras y que son ingresados al Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, de la ciudad de Loja, presentan sintomatología asociada a los niveles de depresión.

- Los pacientes ingresados al Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, de la ciudad de Loja, se los diagnostico mayoritariamente con depresión media, en un menor porcentaje presentan depresión leve y en un mínimo porcentaje depresión moderada.

- El Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, de la ciudad de Loja Área, no cuenta, con un equipo técnico de psicólogos clínicos que aporten a la atención de la salud mental y por ende integral, de los pacientes que acuden a esta unidad de servicio.

i. RECOMENDACIONES

- Se incremente en el Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, de la ciudad de Loja, un equipo de psicólogos clínicos, de forma permanente, con el propósito de que se encarguen de la evaluación y de la intervención psicoterapéutica, de estos pacientes.

- A las autoridades de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, incremente el número de hora de prácticas a los estudiantes, en el Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, de la ciudad de Loja, en la perspectiva de fortalecer nuestra formación y experticia profesional.

- A los pacientes que son diagnosticados con depresión e ingresan al Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, de la ciudad de Loja, efectúen técnicas de reflexión y respiración profunda, en la posibilidad de disminuir la sintomatología asociada a los niveles de depresión.

- A las autoridades del Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, de la ciudad de Loja Área, realicen un acuerdo con el departamento de Salud Mental, de esta casa de salud, con la finalidad de se ejecute el plan de intervención y ofrecer alternativas psicológicas, que garanticen la estabilidad emocional de los pacientes, de esta unidad da atención.

PROPUESTA DE INTERVENCION PSICOLOGICA PARA LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL AREA DE QUEMADOS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA

Presentación

La intervención psicológica, consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicas por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, reducirlos y/o superarlos, prevenir la ocurrencia de los mismos, mejorar las capacidades inter e intra personales, entre otros aspectos relacionados con la adecuada salud mental de las personas.

Por lo que se la ha considerado, en la perspectiva, de ayudar a los pacientes que ingresan a la Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, ya que tanto los que sufren quemaduras ya sean de primer, segundo o tercer grado, muestran un desequilibrio psicológico y emocional por el trauma sucedido y las posteriores secuelas que acarrean estas. No olvidemos que las experiencias traumáticas de la recuperación en lo que tiene que ver con el dolor de las curaciones, el dolor posterior a estas, las cicatrices, dificultades motoras, la incapacidad de desenvolverse por sí solos, la falta de aceptación a su condición, producen un aumento en la crisis, que el paciente experimenta.

Por lo mencionado, se plantea la necesidad de intervenir psicológicamente en la restructuración de pensamientos disfuncionales, cambiar las ideas negativas sobre su estado actual y a las cicatrices tanto físicas como emocionales, expectativas irracionales, la autoevaluación negativamente crítica, que ocasiona desequilibrio emocional cayendo en la depresión. La intervención psicológica ayuda además a reconocer a los pacientes que problemas en su vida son críticos y cuales son de menos amplitud, también

les ayuda a plantearse metas en la vida del paciente y una mejor forma de auto-supervisión positiva.

En estas consideraciones para conseguir que los pacientes, adquieran herramientas, habilidades y destrezas, para que luego del tratamiento sean capaces de tomar control sobre su vida, mejorando su autoestima y auto aceptación, se sugiere la propuesta psicológica, en la perspectiva de que les ayude alcanzar un estilo de vida adecuado.

Propósito:

- ✓ Reducir la frecuencia, intensidad y niveles de los síntomas de la depresión, en los pacientes del Área de Quemados del Hospital Isidro Ayora, mediante técnicas psicológicas de afrontamiento que les permita reducir el impacto emocional que genera padecer de una quemadura.

Metodologías que utiliza la (trec)

La intervención psicológica considera tres factores básicos que ayudan a mantener la relación iniciada:

La confianza básica: Se trata de la percepción del paciente que ve la relación con el terapeuta como seguro y no amenazante y que le permite expresar sus dificultades con la esperanza de encontrar solución a sus dificultades. El terapeuta sopesa su intervención (p e. elicitando feedback del paciente) y ajusta su rol (directividad, formalidad, límites, etc.) a las respuestas del paciente. En general, en la primera fase del tratamiento, suele emplear más la empatía, aceptación y autenticidad, para así fomentar la confianza básica. En una segunda fase se refuerza de modo progresivo la autonomía del paciente (p.e planificando con él las agendas y tareas para casa, y usando las atribuciones internas a sus logros).

El rapport: Se refiere en general, a un acuerdo de metas, objetivos y procedimientos terapéuticos entre el paciente y el terapeuta. Es útil que el terapeuta clarifique las expectativas terapéuticas que el paciente trae a terapia; que las contraste con el paciente si le pongo si le parece poco razonable o inadecuadas (por eje "¿Cree usted que su hijo estará dispuesto a colaborar conmigo en la terapia si usted le amenaza con lo que podría perder si no viene?"). También el terapeuta se pone en la misma "onda" del paciente a través de la empatía, aceptación y autenticidad (con la ayuda del feedback). El explicar al paciente la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, el proceso terapéutico y las fluctuaciones; y recoger sus respuestas al respecto, puede facilitar el llegar a un acuerdo mínimo sobre estos puntos, o no iniciar la terapia si el paciente trae un marco de trabajo excesivamente restrictivo.

La colaboración terapéutica: El terapeuta y el paciente forman un equipo de trabajo que tiene como fin detectar los pensamientos negativos, los supuestos personales y trabajar su modificación (empirismo colaborativo). Se explican al paciente las tareas a desarrollar (p.e mediante modelado directo o cognitivo), se aplican como tareas para casa, se revisan esas tareas en consulta, y progresivamente el paciente va teniendo un papel más autónomo en este proceso. En la fase de socialización terapéutica se inicia esta actividad.

INTERVENCIÓN POR SESIONES

SESIÓN Nro. 1	
Tema	Encuadre psicoterapéutico
Objetivo	✓ Establecer la relación de rapport y empatía. ✓ Realizar el contrato terapéutico. ✓ Iniciar con la recolección de la información
Técnica	✓ Observación clínica, entrevista, escucha empática, test.
Procedimiento	En el primer contacto con el paciente se procura orientar la terapia en un ambiente de empatía y rapport, sintiéndose cómodo, comprendido y motivado para acudir a las sesiones. Se aplicará la entrevista y posterior a esta la historia clínica psicológica para la recolección de información y así llegar a un diagnóstico definitivo. La observación es uno de los recursos más utilizados por el terapeuta ya que con esta técnica el paciente aprende a identificar algunas actitudes y manifestaciones verbales y no verbales. El soporte emocional y/o apoyo emocional cosiste en brindarle frases de apoyo, las cuales contienen mensajes positivos, esto se lo utilizará si el paciente presenta una crisis. De manera breve.
SESIÓN Nro.2	
Tema	La depresión
Objetivo	✓ Concienciar al paciente, referente a las características, consecuencias y mecanismos de la depresión.
Técnica	✓ Psicoeducacion
Procedimiento	La Psicoeducacion hace referencia a la información que se ofrece a los pacientes del malestar psicológico que les afecta, a través de la comunicación verbal directa, en donde se explica de forma educativa y didáctica, las características, consecuencias y mecanismos de afrontamiento, de la depresión, para que tenga un real conocimiento y alcance de lo que le está pasando.
Sesión Nro. 3	
Tema	Registro de pensamientos del A.B.C.
Objetivo	✓ Identificar las afecciones emocionales, que provocan depresión, para trabajar en el alivio sintomático.

Técnica	✓ Registro de pensamientos.
Procedimiento	Se le explica al paciente a través de la comunicación verbal directa, el propósito del registro de pensamientos, con la finalidad de conocer los pensamientos distorsionados relacionados con la enfermedad. Como tarea se propone el registro de pensamientos A.B.C., el cual consiste en un auto-registro, de pensamientos distorsionados, relacionados con la enfermedad, que consta de situación, pensamiento emocional racional y la emoción irracional; este registro varía de acuerdo al paciente. En su aplicación la técnica del registro del ABC, constituye: A= Acontecimiento, actívate algo sucedió. B= Creencia, me dije algo. C= Consecuencia, sentí e hice algo.
SESIÓN Nro. 4	
Tema	Cuestionamiento de ideas irracionales
Objetivo	Disminuir la sintomatología depresiva
Procedimiento	El debate filosófico enseña al paciente a utilizar el método científico para el análisis sus pensamientos irracionales, ya que se los ha identificado. Discutiendo el sistema de creencias irracionales. Por medio de principios cognitivos, conductuales, o por imaginación esta se realizará a través de la comunicación verbal directa.
SESIÓN Nro. 5	
Tema	Respiración profunda
Objetivo	✓ Lograr que el paciente alcance, una respiración profunda
Técnica	✓ Técnica de respiración profunda.
Procedimiento	Inicialmente se le explica, la importancia de aprender a respirar de manera adecuada y profunda, en la perspectiva de que esta, le ayudara a relajarse y disminuir los niveles de depresión. Se le pide al paciente que se acueste con las rodillas dobladas y los pies apoyados en el suelo alrededor de las caderas; y coloque una mano sobre el abdomen y respire. Comienza gradualmente para que su respiración sea relajada, y haga una pausa entre cada inhalación **y** exhalación.

	De una manera suave trate de ampliar activamente el abdomen en la inhalación y de contraerlo al exhalar para apoyar el movimiento natural del diafragma, esto te hará experimentar el placer de una respiración profunda y relajada. Realiza de 6 a 12 repeticiones, una vez al día.
SESIÓN Nro. 6, 7, 8, 9	
Tema	Relajación progresiva.
Objetivo	✓ Lograr en el paciente una relajación, que le permita aprender y automatizar el control voluntario de la relajación, para las situaciones que le genere depresión.
Técnica	✓ Relajación progresiva de Jacobson
Procedimiento	La Relajación progresiva es un método de carácter fisiológico, está orientado hacia el reposo, siendo especialmente útil en los trastornos en los que es necesario un reposo muscular intenso. El entrenamiento en relajación progresiva favorece una relajación profunda sin apenas esfuerzo, permitiendo establecer un control voluntario de la tensión distensión que llega más allá del logro de la relajación en un momento dado. Mediante esta técnica se logra disminuir los estados de ansiedad generalizados, relajar la tensión muscular, facilitar la conciliación del sueño, y por ende disminuir la síntomas de la depresión. Esta técnica tiene tres fases: 1. La primera fase se denomina de tensión-relajación. Se trata de tensionar y luego de relajar diferentes grupos de músculos en todo su cuerpo, con el fin de que aprenda a reconocer la diferencia que existe entre un estado de tensión muscular y otro de relajación muscular. Esto permite el logro de un estado de relajación muscular que progresivamente se generaliza a todo su cuerpo. Se debe tensionar varios segundos entre cinco y diez minutos y relajar lentamente. 2. La segunda fase consiste en revisar mentalmente los grupos de músculos, comprobando que se han relajado al máximo. 3. La tercera fase se denomina relajación mental. En la cual se debe pensar en una escena agradable y positiva posible o en mantener la mente en blanco, se trata de relajar la mente a la vez que continúa relajando todo su cuerpo. Estas tres fases pueden durar entre 10 y 15 minutos. No se

	debe tener prisa. Esta técnica se puede repetir varias veces al día. Posición inicial: Cierra los ojos, siéntate en el sillón o acuéstate en la cama lo más cómodamente para que tu cuerpo pueda relajarse al máximo posible. **1º FASE:** Tensión-relajación. **Relajación de cara, cuello y hombros** Con el siguiente orden, repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos): Frente: Arruga unos segundos y relaja lentamente. Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente. Nariz: Arrugar unos segundos y relaja lentamente. Boca: Sonreír ampliamente, relaja lentamente. Lengua: Presionar la lengua contra el paladar, relaja lentamente. Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relaja lentamente. Labios: Arrugar como para dar un beso y relaja lentamente. Cuello y nuca: Flexiona hacia atrás, vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente. Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente. **Relajación de brazos y manos.** Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Relaja lentamente. **Relajación de piernas**: Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaja lentamente. **Relajación de tórax, abdomen y región lumbar** Estos ejercicios se hacen mejor sentado sobre una silla: Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros. Tórax: Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Espirar lentamente. Estómago: Tensar estómago, relajar lentamente. Cintura: Tensar nalgas y muslos. El trasero se eleva de la silla. **2ª FASE**: Repaso Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue

	relajada, relaja aún más cada una de ellas. **3ª FASE**: Relajación mental. Finalmente piensa en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante, una música, un paisaje, etc., o bien deja la mente en blanco. **Nota:** esta técnica se la trabajara en tres sesiones, con el objeto de que el paciente la pueda dominar y utilizar de manera adecuada, para sobreponerse a las situaciones y/o acciones que le generen síntomas depresivos.
SESIÓN Nro. 10	
Tema	La técnica audiovisual
Objetivo	➢ Mejorar y aumentar la autoestima del paciente
Procedimiento	En esta sesión al paciente se le muestra videos de personas que han surgido a pesar de sus dificultades y a través de estos videos dan sus experiencias de vida. Luego de ver el video, llegar a conclusiones, ver cuál es la enseñanza que nos deja el personaje con su testimonio, reflexionando y para luego el paciente haga una retroalimentación y llegar a utilizar como ejemplos de vida. Esta sesión se la realizará utilizando los recursos audiovisuales que tiene el área de quemados en cada una de sus habitaciones para no incomodar a los pacientes.
SESIÓN Nro. 11	
Técnica	Autocontrol interpersonal
Objetivo	✓ Suprimir pensamientos que puedan inhibir la ejecución de una conducta positiva.
Técnica	✓ Entrenamiento en autocontrol
Procedimiento	Cuando existe autocontrol, el sujeto, decide realizar una acción determinada, piensa en la solución de un problema o se esfuerza para aumentar el conocimiento de sí mismo y controlar su conducta, es así que se busca modificar la frecuencia, intensidad y duración de sus propias conductas en distintos contextos, por medio de la manipulación de consecuencias o reorganización de situaciones antecedentes. Fases de entrenamiento en autocontrol: 1. Autobservación: enfocada en detectar la conducta.

	2. Establecimiento y objetivos: se decide el nivel de control que quiere alcanzar el paciente sobre la respuesta conflictiva. 3. Entrenamiento en técnicas: Se exponen técnicas a utilizar en el autocontrol. 4. Revisión de las aplicaciones: Realizamos una recopilación de las técnicas aplicadas y si ha existido dificultad para la solución. Se trata de hacer desaparecer los estímulos discriminativos e licitadores de conducta conflictiva (no escuchar música triste, cambiar los programas que suele observar en la televisión, leer libros de superación personal, no permanecer solo, etc.
SESIÓN Nro. 12	
Tema	Cierre terapéutico
Objetivo	✓ Evaluar el proceso de intervención como posibilitador del cambio esperado. ✓ Evaluar los logros alcanzados a la luz de los objetivos propuestos al iniciar el proceso.
Técnica	✓ Aplicar del test de Beck a los pacientes intervenidos.
Procedimiento	Se explica que la aplicación del reactivo psicológico como actividad final servirá para medir resultados obtenidos, con el propósito de ver si se logró disminuir la sintomatología presentada en un inicio y como repercutió la intervención. Se le explica que el seguimiento no tiene por objetivo volver a iniciar un proceso, sino evaluar a medio plazo la permanencia de los cambios alcanzados durante el proceso. Este proceso se puede hacer telefónica o personalmente y debe haber sido acordado con el paciente en el encuentro de cierre del proceso.

j. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Cecilia (2012), Depresión: una crisis global. University of the Republic, Northern Region of Uruguay and Interpreter at Medical Conferences for this Spanish translation.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2015) Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM – 5. ISBN. Estados Unidos
- Berrocal Revueltas, Mendoza Iglesias y Patrón Gómez (2008) Análisis estadístico de pacientes con quemaduras, asistidos en la consulta de urgencias del Hospital Universitario de Cartagena Colombia.
- Fernández Vanessa (2014) Causas de la depresión. Madrid - España
- Ferrada Ricardo (2012), La depresión en pacientes con quemaduras. Universidad del Valle. Cali – Colombia.
- http://www.cruzrojaayamonte.org/manual/quemaduras.htm
- http://www.ecuadorencifras.gob.ec/
- http://www.webconsultas.com/depresion/tipos-de-depresion
- http://www.webconsultas.com/depresion/tipos-de-depresion-292
- Mendoza Alexis (2015) Estado actual del quemado en Venezuela. Piel Latinoamericana. Publicación periódica de dermatología. Caracas – Venezuela.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012
- Núñez Hugo González (2015), la depresión, Salud al Día PRODEFEN
- Organización Mundial de la Salud (2012). La depresión en el mundo
- Organización Mundial de la Salud, 2103.
- Santos *Carlos* (2011), Guía para el tratamiento del paciente quemado. Santo Domingo – Republica Dominicana
- Vallejo Ruilova J. (2003). Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría; 5ta Edición. Barcelona-España.
- www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Trauma/Quemaduras.pdf
- www.webconsultas Healthcare S.A

k. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA

"PROPUESTA PSICOLÓGICA, PARA PACIENTES CON ESTADOS DEPRESIVOS QUE INGRESAN AL ÁREA DE QUEMADOS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, DURANTE EL PERIODO ABRIL – JUNIO 2015."

Proyecto de tesis previo a la obtención del grado de Psicólogo Clínico.

AUTOR

Iván Fernando Valladares Torres

Loja - Ecuador

2015

a) TEMA

“PROPUESTA PSICOLÓGICA, PARA PACIENTES CON ESTADOS DEPRESIVOS QUE INGRESAN AL ÁREA DE QUEMADOS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, DURANTE EL PERIODO ABRIL – JUNIO 2015.”

b) PROBLEMATICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2012), indica que la depresión entendida como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; es una enfermedad frecuente en todo el mundo, se calcula que afecta a unos 350 millones de personas; los trastornos depresivos ocuparon el tercer lugar en la causa de carga global de enfermedad en 2004 y se estima que llegaran al primer lugar en 2030, convirtiéndose en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad de moderada a grave, ocasionando gran sufrimiento y alterando las actividades laborales, escolares, personales y/o familiares de las personas que la padecen; inclusive en los casos más graves, puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales. La OMS, establece que a diario, en el mundo se registran 3 mil intentos de suicidios.

Todas las personas en mayor o menor grado, podemos estar sujetos a padecer esta patología, pero es necesario considerar, analizar e investigar, que existen grupos vulnerables, tendientes a presentar sintomatología asociada a la depresión, especialmente las personas que sufren quemaduras, ya que estas lesiones constituyen uno de los traumas más severos al que puede ser sometido el ser humano, no solo por las alteraciones sistémicas que se producen y su alto costo terapéutico, sino por las alteraciones psicológicas y las graves secuelas que quedan posterior a su tratamiento quirúrgico, que dificultan en gran medida la reinserción de estos pacientes a la sociedad, ya que se ve alterada la biografía de la persona, afectando su capacidad de adaptación biológica y su equilibrio psicológico, con frecuencia hay desfiguración que lleva a una alteración de la

imagen corporal y de la autoestima. Las heridas y su tratamiento llevan consigo dolor y sufrimiento y la experiencia es vivida de modo traumático.
Mendoza et al. (2015), expone que cada año, a nivel mundial, entre el 1 y el 2% de la población sufren quemaduras; de ellos, aproximadamente el 5% requieren hospitalización y de 9 a 12 millones de personas quedan incapacitadas a causa de las quemaduras.

En Estados Unidos se estima que aproximadamente dos millones de personas al año sufren quemaduras que requieren atención médica, las cuales son responsables de más de 500.000 urgencias atendidas en los centros hospitalarios y 7000 hospitalizaciones urgentes (Robson 1992).

En Latinoamérica las quemaduras ocupan el tercer lugar en los servicios de urgencia junto con los traumatismos craneales y fracturas, en algunos países de esta región, se han realizado investigaciones epidemiológicas, las cuales dan a conocer que las causas más frecuentes de quemaduras, son en parte evitables ya que corresponden en su mayoría a accidentes domésticos, industriales o de trabajo, uno de los agentes más frecuentes son los líquidos en ebullición, principalmente entre la población infantil, seguida del fuego directo y la electricidad, en accidentes de trabajo (López 2000).

En el Ecuador, según el Ministerio de Salud Pública, la tasa de morbilidad por quemadura asciende al 22.89 por 100.000 habitantes, mientras que la tasa de letalidad por cada 100 egresos a nivel nacional es de 1.50.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2012), registro un total de 2.299 hombres con quemaduras, mientras que las mujeres registran un total de 1.465, dando un total de 3.764 ingresos. Detallado de otro modo tenemos que, las provincias con mayor índices de quemados son: el Guayas con 760 pacientes seguido de la provincia de Pichincha con 477, Manabí con 354, Azuay con 225 pacientes, Esmeraldas con 177 casos, Los Ríos con 163

pacientes, Cotopaxi con 158 pacientes, El Chimborazo con 150 casos, Imbabura con 119 pacientes, El Oro con 116, Cañar con 111 pacientes, Bolívar con 88 y finalmente la provincia con menor número de casos con pacientes registrados con quemaduras está El Carchi con 27 pacientes.
En lo que se respecta a la provincia de Loja, durante el año 2012, se encontró 213 pacientes con quemaduras.

En estadísticas más recientes en el Hospital General Isidro Ayora, desde el mes de enero hasta junio del 2014, se obtuvo un total de 81 ingresos de pacientes quemaduras, según testimonio de los encargados del área de Quemados, a este centro hospitalario, ingresan en promedio, de 4 a 5 pacientes por semana con quemaduras graves.

De estos estudios, se puede deducir, que las quemaduras, como se lo ha expuesto, no se trata de un traumatismo frecuente en el contexto del número total de pacientes críticos o de enfermos politraumatizados. Sin embargo, su importancia viene condicionada, no por la estadística sino por las características de estas lesiones, que no repercuten, únicamente en la salud biológica sino también en la salud mental, de las personas.

Porque la gran carga psicológica que supone una quemadura, puede provocar reacciones negativas diversas, como depresión, ansiedad, alucinaciones, aislamiento. También desde el punto de vista social existe un complejo de inferioridad, alejamiento social, desprecio. La atención de estos pacientes es muy difícil desde el punto de vista psicológico y médico, pues requieren de una especial atención por un equipo multidisciplinario.

Dos tercios de los pacientes quemados sufren secuelas psicológicas, según estudios de Blumemlield y Schoeps, inclusive algunos pueden requerir tranquilizantes para controlar sus imágenes traumáticas sobre el accidente y antidepresivos.

Frente a esta problemática, y considerando las repercusiones psicológicas a las que se ven abocados los pacientes que sufren quemaduras; resulta importante desarrollar esta investigación de carácter científica, encaminada a sugerir un plan de asistencia psicoterapéutica; de ahí la importancia de plantear como problema a investigar:

¿De qué manera incide la intervención psicológica, en pacientes con estados depresivos que ingresan al Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, durante el periodo abril – junio 2015?

c) JUSTIFICACIÓN

Se considera que al paciente que ha sufrido quemaduras se le debe brindar un apoyo en cuanto a las áreas emocionales, de forma que se le pueda brindar una buena calidad de vida, ya que es de trascendental importancia reconocer que los pacientes del área de quemados se ven amenazados en cuanto a su estructura yoica ya que su Yo se ve debilitado, por lo que existe una alta probabilidad de presentar sintomatología asociada a la depresión, que puede llegar inclusive a ser patológica.

Por lo cual el tratamiento de las quemaduras se extiende más allá de la recuperación de las funciones de movilidad y/o aspectos cosméticos, es decir se le debe dar una atención integral, sin descuidar el bienestar psicológico del paciente. Por lo cual la salud mental, se constituye en una parte integral del tratamiento de las quemaduras, desde el momento de la lesión hasta la recuperación y rehabilitación total del paciente, transformándose esta en un componente imprescindible durante todas las fases de la rehabilitación de los pacientes accidentados.

De ahí la importancia de investigar de qué manera incide la intervención psicológica, en pacientes con estados depresivos que ingresan al área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, en la perspectiva de que se pueda afrontar y disminuir considerablemente los niveles de depresión de manera adecuada. Además este estudio contribuirá a generar conciencia social sobre esta problemática, dándole el interés que amerita; igualmente la tesis se constituirá en una fuente de consulta, de futuros trabajos investigativos en el área de la psicológica clínica.

Profesionalmente el desarrollo de la investigación me permitirá poseer un conocimiento y experticia, para intervenir en el momento en que se presenten situaciones similares y como último pero no menos importante, la obtención del título de Psicólogo Clínico.

d) OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar los episodios depresivos que presentan los pacientes ingresados al área de quemados del Hospital General Isidro Ayora, durante el periodo Abril – Junio 2015

ESPECIFICOS

- Identificar los pacientes del área de quemados del Hospital General Isidro Ayora, que presentan episodios depresivos.

- Relacionar el ingreso hospitalario, en el estado depresivo de los pacientes del área de quemados del Hospital General Isidro Ayora.

- Elaborar una propuesta de intervención psicológica que permita afrontar los episodios depresivos en los pacientes del área de quemados del Hospital General Isidro Ayora.

e) MARCO TEORICO

ESQUEMA DEL MARCO TEORICO

1. DEPRESIÓN.
1.1. DEFINICIÓN
1.2 CAUSAS
1.2.1 FACTORES GENÉTICOS
1.2.2 FACTORES FISIOLÓGICOS
1.2.3 FACTORES PERSONALES
1.2.4 FACTORES AMBIENTALES
1.3 EPIDEMIOLOGÍA
1.4 CLASIFICACIÓN
1.4.1 TRASTORNO DE DESREGULACIÓN DESTRUCTIVA DEL ESTADO DE ÁNIMO.
1.4.2 TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR
1.4.3 TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE
1.4.4 TRASTORNO DEPRESIVO DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA
1.5 ESPECIFICADORES PARA TRASTORNOS DEPRESIVOS
1.6 TIPOS DE DEPRESIÓN
1.7 SÍNTOMAS CLÍNICOS DE LA DEPRESIÓN
2. QUEMADURAS
2.1 DEFINICIÓN
2.2 CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS
2.3 SENTIMIENTOS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES QUEMADOS
2.4 IMPACTO PSICOLÓGICO POR QUEMADURAS.

1. DEPRESIÓN.

1.1. DEFINICIÓN

Núñez et al (2015), manifiesta que la depresión forma parte de un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracteriza por un estado de ánimo bajo o deprimido, con disminución del disfrute, apatía, sentimientos de minusvalía, ideación suicida y síntomas somáticos como insomnio y pérdida del apetito. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. Este trastorno afectivo es una forma de expresión de dolor que se manifiesta con síntomas psíquicos y somáticos, por lo que para el diagnóstico y tratamiento de la depresión es muy importante valorar el entorno del paciente.

1.2 CAUSAS

Núñez et al (2015), expone que entre las principales causas de la depresión podemos encontrar tanto factores genéticos, fisiológicos, personales como ambientales:

1.2.1 Factores genéticos

La presencia de antecedentes de depresión en el ámbito familiar cercano (padres y hermanos) incrementa en un 25-30% la probabilidad de sufrir depresión. En diversos estudios se ha determinado que en los gemelos monocigóticos hay un 50% más de probabilidades de que uno de los hermanos padezca depresión en el caso de existir precedentes en el otro. Este porcentaje se reduce al 25% en el caso de gemelos dicigóticos.

1.2.2 Factores fisiológicos

La aparición y cronificación de la depresión se ha relacionado especialmente con un descenso de los niveles de serotonina a nivel de las uniones neuronales. Por este motivo, en el tratamiento de la depresión se emplea en ocasiones un grupo de fármacos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, cuya función consiste precisamente en modificar los niveles de serotonina que se encuentran alterados en estos pacientes.

Existe, además, un grupo de enfermedades estrechamente ligadas a la aparición de depresión, la mayoría de ellas relacionadas con alteraciones endocrinas:

Migraña.
Diabetes.
Hipertiroidismo.
Síndrome de Cushing.
Enfermedad de Adisson.
Amenorrea hiperprolactinémica.

1.2.3 Factores personales

Se ha visto que existe un porcentaje significativamente mayor de depresión en mujeres que en hombres. La edad también es un factor influyente, y la franja comprendida entre los 35 y los 45 años es la de mayor incidencia de depresiones. El embarazo y el posparto son etapas vitales de la mujer con un mayor riesgo de aparición de depresión debido a las alteraciones hormonales sufridas.

1.2.4 Factores ambientales

Se consideran factores potenciadores de la aparición de este trastorno todos aquellos que son negativos para el sujeto (estrés, ansiedad, incapacidad de encauzar los problemas...) en cualquiera de sus ámbitos personales (laboral, familiar...), en especial si el sujeto se encuentra además en una situación de dependencia o consumo habitual de alcohol, tabaco, drogas, etcétera. Una situación de escasas o nulas relaciones interpersonales potencia especialmente estos factores.

1.3. EPIDEMIOLOGÍA

La depresión es el trastorno psicológico más frecuente. “Los datos estadísticos indican que alrededor del 10% de la población general está o llegará a estar clínicamente deprimida a lo largo de su vida. El riesgo a lo largo de la vida de sufrir depresión es de un 10% para los hombres, y de casi un 25% para las mujeres. Por cada hombre deprimido hay 3 mujeres que también lo están. Aunque podemos encontrar depresión en cualquier momento de la vida, parece claro que el riesgo de depresión aumenta con la edad, encontrándose 2 periodos críticos: entre los 35 y los 45 años, y a partir de los 60 años” (Sevilla 2008)

1.4. CLASIFICACIÓN

Según la clasificación del DSM- 5 (2015), el cuadro clínico de un episodio depresivo se presenta de la siguiente forma:

1.4.1 TRASTORNO DE DESREGULACIÓN DESTRUCTIVA DEL ESTADO DE ÁNIMO

A. Accesos de cólera grave y recurrente que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.

C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.

D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).

E. Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.

F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.

G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

H. Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años.

I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.

J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro del autismo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).

Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias.

En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.

K. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

1.4.2 TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej. Se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Procedimientos de codificación y registro

El código diagnóstico del trastorno de depresión mayor se basa en si es un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio de depresión mayor.

Los especificadores de remisión sólo están indicados si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los códigos son los siguientes:

Especificador de gravedad/curso	Episodio único	Episodio recurrente
Leve	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderado	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Con características psicóticas	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
En remisión parcial	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
En remisión total	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
No especificado	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

Para un episodio que se considera recurrente, debe haber un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor. Si existen características psicóticas, codificar el especificador, con características psicóticas, independientes de la gravedad del episodio.

A la hora de registrar el nombre de un diagnóstico, se enumerarán los términos en el orden siguiente: trastorno de depresión mayor, episodio único o recurrente, especificadores de gravedad/psicótico/ remisión, y a continuación todos los especificadores siguientes sin código que sean aplicables al episodio actual.

Especificar:

Con ansiedad

Con características mixtas

Con características melancólicas

Con características atípicas

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo

Con catatonía. Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 (F06.1).

Con inicio en el periparto

Con patrón estacional (solo episodio recurrente)

1.4.3 TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

Especificar si:
Con ansiedad
Con características mixtas
Con características melancólicas
Con características atípicas
Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo
Con inicio en el periparto

Especificar si:
En remisión parcial
En remisión total

Especificar si:
Inicio temprano: Si el inicio es antes de los 21 años.
Inicio tardío: Si el inicio es a partir de los 21 años.
Especificar si (durante la mayor parte de los dos años más recientes del trastorno depresivo persistente):
Con síndrome distímico puro: No se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Con episodio de depresión mayor persistente: Se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los dos años anteriores.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual: Actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en por lo menos los dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio de depresión mayor completo.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual: Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Especificar la gravedad actual:

Leve

Moderado

Grave

1.4.4 TRASTORNO DEPRESIVO DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA

A. Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para el trastorno depresivo debido a otra afección médica es **293.83,** que se asigna independientemente del especificador. El código CIE-10-MC depende del especificador (véase más adelante).

Especificar si:

(F06.31) Con características depresivas: No se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor.

(F06.32) Con episodio del tipo de depresión mayor: Se cumplen todos los criterios (excepto el Criterio C) para un episodio de depresión mayor.

(F06.34) Con características mixtas: También existen síntomas de manía o hipomanía pero no predominan en el cuadro clínico.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.83 [F06.31] trastorno depresivo debido al hipotiroidismo, con características depresivas). La otra afección médica también se codificará y enumerará por separado inmediatamente antes del trastorno depresivo debido a la afección médica (p. ej., 244.9 [E03.9] hipotiroidismo; 293.83 [F06.31] trastorno depresivo debido al hipotiroidismo, con características depresivas).

1.5 ESPECIFICADORES PARA TRASTORNOS DEPRESIVOS

Especificar si:

Con ansiedad: La ansiedad se define como la presencia de dos o más de los síntomas siguientes durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia):

1. Se siente nervioso o tenso.
2. Se siente inhabitualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.
5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Dos síntomas.

Moderado: Tres síntomas.

Moderado-grave: Cuatro o cinco síntomas.

Grave: Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

Nota: Ansiedad que se aprecia como característica destacada tanto del trastorno bipolar como del trastorno de depresión mayor en la asistencia primaria y en los servicios especializados en salud mental. Los altos grados de ansiedad se han asociado a un riesgo mayor de suicidio, duración más prolongada de la enfermedad y mayor probabilidad de falta de respuesta al tratamiento. Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil especificar con precisión la presencia y la gravedad de la ansiedad.

1.6 TIPOS DE DEPRESIÓN

Fernández et al. (2012), expone que los diferentes tipos de depresión, se clasifican en función a los síntomas que muestra el paciente, por lo cual se debe considerar los siguientes grupos:

Grupo A

- Duración no inferior a 2 semanas.
- No atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a trastornos mentales orgánicos.

Grupo B

- Humor depresivo no habitual en el paciente, constante durante todo el día y mantenido en el tiempo de forma casi constante. No varía con las circunstancias ambientales del sujeto, y persiste al menos durante 2 semanas.

- Pérdida o ausencia de interés por actividades anteriormente placenteras.
- Aumento de la capacidad de fatiga, o pérdida de la vitalidad habitual.

Grupo C

- Pérdida de la autoestima y de la confianza en uno mismo. Sentimiento de inferioridad no justificado prolongado en el tiempo.
- Auto-reproches constantes y desproporcionados con sentimiento de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos de muerte o suicidio recurrentes, incluyendo tentativas.
- Disminución de la capacidad de concentración y pensamiento. Suele acompañarse de falta de decisión.
- Aparición de lentitud de las funciones motoras, o agitación.
- Alteraciones del sueño.
- Variaciones del peso corporal por descontrol alimentario (aumento o descenso marcado del apetito).

Grupo D

- Presencia de síndrome somático, compuesto por alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave, concordantes o no con el estado anímico del paciente.

De acuerdo a estos criterios se puede clasificar el cuadro depresivo en:

Episodio depresivo leve

Presenta dos o tres síntomas del grupo B. Estos pacientes, por lo general, son capaces de continuar con sus actividades habituales con total normalidad.

Episodio depresivo moderado

El paciente presenta al menos dos síntomas del grupo B y un cierto número del grupo C, hasta conformar un mínimo de seis síntomas. Estos pacientes

presentan dificultades manifiestas para el desarrollo de las actividades habituales.

Episodio depresivo grave

Presentan todos los síntomas del grupo B, unidos a varios del grupo C, hasta conformar un mínimo de ocho síntomas. Estos pacientes presentan una situación emocional marcadamente ligada a la angustia, especialmente con pérdida de autoestima y sentimientos intensos de culpa e inutilidad.

En estos episodios cobran relevancia los intentos de suicidio, asociados a la carga somática, principalmente en los pacientes de sexo masculino, por lo que estos pacientes deben ser controlados de forma constante e incluso, en determinados casos, se debe valorar la hospitalización del paciente. En esta fase pueden aparecer asociados síntomas del grupo D.

1.7 SÍNTOMAS CLÍNICOS DE LA DEPRESIÓN

El DSM V (2015), indica que aunque el perfil de la depresión es algo variable y depende del tipo de trastorno afectivo, el núcleo básico es el afecto depresivo. El interlocutor lo capta fácilmente pues habitualmente se percibe la irradiación de tristeza que remite el paciente.

En la depresión encontramos:

1.7.1 Síntomas afectivos

Los pacientes suelen presentar de forma predominante y estable un estado de ánimo deprimido, con tristeza, tendencia al llanto y sensación de desesperanza. Su mímica transmite a los que están alrededor abatimiento y la sensación de que les cuesta pensar y que cualquier actividad les supone un suplicio. Otras veces destacan la irritabilidad, los sentimientos de

frustración o de inseguridad y el temor catastrófico. Incluso puede suceder que no hagan referencia al estado de ánimo y centren sus quejas en molestias físicas.

1.7.5 Síntomas cognitivos

- Consideración negativa de sí mismo, que ocasiona baja autoestima y autoconcepto.
- Consideraciones negativas del entorno, interpreta erróneamente las situaciones externas.
- Consideraciones negativas del futuro; el paciente anticipa que los acontecimientos futuros serán negativos (desesperanza).

1.7.6 Síntomas fisiológicos

Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia) y del apetito, modificaciones en el peso y disminución del deseo sexual, falta de energía, agitación o enlentecimiento psicomotor.

1.7.7 Síntomas conductuales

Abulia, anhedonia, deterioro social y laboral, disminución de la capacidad de concentración, actos impulsivos e intentos suicidas.

2. QUEMADURAS

2.1 DEFINICIÓN

La Cruz Roja de España (2008), dio a conocer que las quemaduras son un tipo específico de lesión de los tejidos blandos producidos por agentes físicos, químicos, eléctricos o por radiaciones. Una quemadura grave puede poner en peligro la vida y requiere atención médica inmediata. La gravedad

de la quemadura depende de la temperatura del medio que la causó y la duración de exposición a ésta por parte de la víctima. La gravedad de la quemadura también está determinada por su ubicación en el cuerpo, el tamaño de la quemadura, así como la edad y el estado físico de la víctima.

Ferrada (2005), describe que las quemaduras representan un máximo de injuria biológica y causan severas alteraciones metabólicas, son propensas a infección secundaria y dan lugar a severos síndromes de desacondicionamiento. Las secuelas pueden causar graves deformidades y limitaciones funcionales. Los servicios de urgencias deben estar preparados para atender quemaduras, remitiendo las más graves a centros especializados.

En estas consideraciones se entiende por quemadura un conjunto de fenómenos locales y sistémicos que resultan de la acción de muy alta temperatura, electricidad o algunos agentes químicos. Las quemaduras se pueden producir en cualquier lugar del organismo, pero son mucho más frecuentes en la piel. La lesión por quemaduras implica riesgos que ponen en peligro la vida en los días posteriores al trauma inicial. A diferencia de las heridas por trauma penetrante, la herida por quemadura tiene apariencia inicial inocente que puede confundir al médico inexperto.

2.2 CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS.

Ferrada (2005), da a conocer que las quemaduras de piel se clasifican en grados de acuerdo con la profundidad, en la siguiente forma:

Grado I.

Corresponden a las quemaduras producidas por exposición solar; se compromete la epidermis únicamente. Se produce descamación en los siguientes 7 a 10

días, y no quedan cicatriz ni cambios de pigmentación.

Grado II.

La lesión alcanza porciones variables de la dermis. Estas quemaduras cuando son superficiales se denominan Tipo A y cicatrizan en plazo inferior a 14 días sin dejar secuelas importantes. Cuando destruyen parte importante de la dermis, la cicatrización se produce después de los 18 días y la cicatriz es de mala calidad, con aparición de queloide, híper o hipo pigmentación y retracciones. Esta quemadura también se llama tipo AB.

Grado III.

Destruye toda la dermis y por tanto no deja restos dérmicos o epidérmicos que permitan la epitelización. La cicatrización se produce por segunda intención, es decir por aproximación de los bordes de la superficie cruenta, y la epitelización sólo alcanza uno o dos centímetros desde el borde de piel sana. Estas quemaduras se denominan tipo B.

Grado IV.

La lesión grado IV implica destrucción de músculo o estructuras óseas. Generalmente es el resultado de la energía por electricidad.

2.3 SENTIMIENTOS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES QUEMADOS

Santos (2011), en función a las investigaciones que ha efectuado, da a conocer las principales patologías asociadas, que pueden presentar, las personas que han sufrido quemaduras, entre las cuales están: La depresión, el enojo, hostilidad y la ansiedad

Depresión: La depresión es una respuesta esperada en las pérdidas. Las lesiones pueden conllevar pérdidas de funciones del cuerpo, de familiares o de trabajo. Todas estas producen ansiedad y también pueden generar depresión, manifestándose de muchas formas. Los pacientes pueden hablar de tristeza o expresar tristeza en su expresión facial, el apetito disminuye, hay pérdida de peso, trastornos del sueño y paralelamente disminuye la actividad psicomotora al despertar por la mañana. Todas estas son señales de humor depresivo (Blumenfleld y Schoeps; 1993, Slaíkeu; 1995).

Una quemadura produce tantos cambios metabólicos, que muchas veces se dificulta el diagnóstico de depresión. Blumenfleld y Schoeps (1993) indican que los pacientes han progresado a una condición depresiva, cuando la pérdida causada por la quemadura viene a distorsionar su mente y cuando hay un concomitante decrecimiento de los sentimientos de valía. Los autores consideran que la depresión mayor no se inicia con los pensamientos recurrentes, o los recuerdos tristes de la pérdida, sino cuando estos le dan un significado a la pérdida que daña su autoestima. Los pacientes que han sufrido amputaciones, pueden percibirse como desfigurados y acompañarse esta percepción de culpa irracional, y autoacusaciones.

La presencia de síntomas vegetativos tales como: disturbios del sueño, constipación, disminución del apetito, desinterés sexual y una lentitud general, pueden hacer pensar en una depresión; sin embargo, estos síntomas pueden estar presentes en pacientes graves como manifestación de su condición fisiológica. Debe siempre mirarse la historia personal, en busca de enfermedad mental previa, especialmente de desorden afectivo mayor.

Es común encontrar un paciente con una depresión mayor y además deprimida, como una respuesta a la pérdida o una persona que con

propensión a presentar un desorden afectivo, desarrolle algún grado significativo de depresión. Existen algunos síntomas psicológicos y psiquiátricos que según Blunienfle y Schoeps (1993) pueden ser causados por el uso de drogas, incluida la depresión y el síndrome psicótico, que a su vez puede dar como resultado, la esquizofrenia. Estos efectos pueden estar relacionados con las dosis de las drogas, o pueden ser idiosincrásicos. Los síntomas que empieza cuando el paciente está tomando drogas, usualmente desaparecen después que dejan.

Estos autores señalan la importancia del monitoreo de signos peligrosos en personas afligidas que no han manejado las pérdidas, tales como:

7. Persistencia de creencias acerca del suicidio. Tomando en consideración que comentarios sobre el suicidio no son inusuales, pero algunas ideas suicidas deben tomarse en serio.
8. Fracaso para obtener los recursos básicos de supervivencia. Aunque es ciertamente común que este paciente se olvide de comer y encuentre dificultades para dormir, sin embargo la persistencia en la pérdida de apetito y
9. disturbios del sueño es un signo de serios problemas potenciales.
10. Persistencia del duelo o depresión persistente. Más significativo que la duración del proceso de duelo es la progresión observada. Estas personas afligidas, preocupadas por las pérdidas son capaces de invertir energía en sus intereses o son los síntomas de aflicción los mismos o peores que meses o años atrás, son estos algunos de los signos que deben monitorearse.
11. Abuso de drogas o alcohol. El uso de estas sustancias puede producir un temporal adormecimiento del dolor y la pena, pero pueden retardar el proceso de recuperación
12. Recurrir a la enfermedad mental. Aunque muchas personas con serias enfermedades mentales pueden estar limitadas en sus

habilidades para manejar la pena y el duelo, el estrés puede también ser difícil de manejar para personas con un precario equilibrio.

Enojo y hostilidad

Los pacientes internos dentro de un hospital 110 sólo pierden temporalmente el control, también pierden posesiones, auto imagen, y afectos, por esto es usual, como lo refieren los investigadores Blumenfield y Schoeps (1993) que estén presentes sentimientos como la ira, el enojo y la hostilidad. La primera consideración ante estos pacientes es el control del dolor y corregir si hay una sub-medicación. Si la cólera y hostilidad es por síndrome mental orgánico, debe reconocerse y de ser posible corregirse. Heridas en la cabeza pueden causar cambios en los patrones conductuales. El síndrome de aislamiento por drogas o alcohol necesita ser reconocido y corregido. Debe tomarse en consideración que ciertos medicamentos pueden producirlo también. Pacientes que tienen un persistente desorden psiquiátrico mayor, puede ser debido a patrones conductuales usuales o producto de una descompensación psicótica que se refleja en agitación, cólera y conducta paranoica, en estas situaciones los fármacos son usualmente los más apropiados. Es probable que la cólera y conducta agitada sean universales en personas hospitalizadas por traumas o quemaduras y son usualmente las primeras emociones en aparecer, para dar paso posteriormente a la dependencia.

Ansiedad

Otra emoción común en pacientes quemados es la ansiedad. Esta emerge porque la persona experimenta el trauma como una situación peligrosa, que hace surgir miedos básicos experimentados en la infancia. Blumenfleld y-Schoeps (1993) han observado siete tipos de ansiedad en estos pacientes la amenaza básica a la integridad narcisista, miedo a los extraños, miedo a la

separación, miedo a perder el amor y la aprobación, miedo a lesionar o perder partes del cuerpo y miedo a perder el control de las funciones del cuerpo.

2.4 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON QUEMADURAS

Del Sol et al. (1990), da a conocer que el tratamiento de las quemaduras se extiende más allá de la sobrevivencia del paciente a fin de incluir la recuperación óptima de las funciones del individuo como un todo. Las posibilidades, reales, de sobrevivencia física de una víctima de quemaduras subrayan la preocupación del potencial de morbilidad psicológica del sobreviviente a una quemadura. El equipo multidisciplinario de profesionales y especialista de quemados, lleva a cabo, aún en circunstancias de emergencia, planes presuntivos, basados en la vida futura de éste paciente. Las decisiones del tratamiento están influenciadas por la preocupación en preservar movilidad, aspectos cosméticos y bienestar psicológico al paciente. Los temas psicológicos y sociales constituyen partes integrales del tratamiento de las quemaduras, desde el momento de la lesión hasta la recuperación y rehabilitación total del paciente.

El tipo de lesiones que sufren los pacientes quemados, hace que su recuperación requiera de un personal profesional debidamente entrenado. La intervención en crisis debe ofrecerles a los pacientes oportunidad de expresar sus emociones, desde el primer día, por lo que es necesario contar con los servicios de los psicólogos, capacitados para esa labor.
Es importante destacar que al tener conciencia de su situación y percibir que no son autosuficientes como antes, los pacientes pueden sentirse amenazados, deprimidos, ansiosos o temerosos. Según Martín (en Freedman, Kaplan y Sandock, 1982), "la gente difiere en su habilidad y deseo para aceptar el papel de paciente". Esta consideración sobre la

dependencia existente entre médico - paciente, en la mayoría de los casos es aceptada de una manera normal, sin embargo, en ciertos pacientes, por lo general con conflictos de dependencia, se van a presentar dificultades en el sentido de prolongar la convalecencia. Existen dos tipos de reacciones en pacientes de este tipo: los que ansían dependencia y los otros que tienen miedo de ella.

El paciente emocionalmente maduro será capaz de aceptar de forma consciente su enfermedad y, si fuera el caso, la muerte. El psicólogo deberá concientizar al paciente de que su actitud tiene mucha influencia en la efectividad del tratamiento que se seguirá con él. Igualmente los pacientes deben ser informados de que la tensión puede afectar la circulación, impedir el proceso de cicatrización y disminuir su comodidad (Achauer1993).

El Dr. Del Sol (1990), señaló que en Cuba los sujetos atendidos en el servicio de quemados del Hospital Docente General Calixto García, así como en otras unidades parecidas, necesitan atención tanto médica reconstructiva como psicológica.
También es importante considerar los apoyos sociales con que cuenta el paciente. El centro médico debe iniciar el contacto con los familiares, de ser posible desde el primer día de ingreso. Esto con el fin de permitirles manejar la culpa, la incredulidad y la pérdida y facilitar de esta forma que los contactos sociales del quemado, sobre todo los familiares, estén en mejor capacidad de brindarles asistencia emocional.

La mejor predicción del éxito de la rehabilitación es el apoyo social con que cuenta, entendido como la familia, los compañeros y los amigos. El mismo autor recomienda la técnica de relajación simple, las técnicas de autocontrol, la respiración primaria y las técnicas de disociación, como formas de alejamiento de su situación, y de las cuales podría disponer cuando así lo requiera.

Estas técnicas pueden ser enseñadas por personal técnico calificado como son: psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales.

Un aspecto al que contribuyen las técnicas de relajación es al control del dolor. Los grados elevados de ansiedad y la atención en el estímulo generador originan mayor percepción del dolor. Las técnicas de relajación pueden contribuir no sólo a disminuir la ansiedad, para así disminuir la percepción del dolor, sino que logran potencializar los analgésicos. Con estos pacientes debe considerarse, además, que el dolor no sólo está presente en la lesión, sino que los tratamientos médicos para las quemaduras son dolorosos. Para que la cicatrización tenga lugar, las heridas deben ser lavadas, lo que produce dolor en el paciente. El dolor también se incrementa cuando es movido en la cama, al transportarlo, al realizar los ejercicios y al tomar tejido sano para injertos.

Blumenfle y Schoeps (1993) realizaron un estudio con 68 quemados de un centro médico y encontraron que 16 de ellos fueron incapaces de ocupar sus funciones sociales o laborales varios meses después de la lesión y presentaron síntomas psicológicos: disturbios del sueño durante su hospitalización y posteriormente a ella y utilizaron regresiones, mecanismos de defensa y tendencia a experimentar la lesión como una herida narcisista, en mayor grado que los del guipo restante.

Los pacientes participantes en el estudio de Blumenfleid y Schoeps (1993) tenían entre 18 y 32 años, estuvieron hospitalizados por más de una semana con quemaduras de leves a moderadas y no hubo diferencias en cuanto a: edad, sexo, raza, agente agresor, circunstancias del accidente y grado de desfiguramiento. Además se descartó sicopatología preexistente, abuso de sustancias o enfermedad médica. También se aseguraron de que los sujetos de la muestra tuvieran un adecuado soporte social y económico. Un signo de pronóstico fue la ausencia de afecto espontáneo, especialmente antes de

que el dolor y las dificultades médicas fueran resueltas, lo que indica que un paciente con lesiones menores puede desarrollar problemas emocionales, si no goza de humor con el equipo médico.

Muchos terapeutas recomiendan proporcionar psicoterapia breve a los quemados una vez estabilizados desde el punto de vista médico (Blumenfeld y Schoeps, 1993). Del personal que atiende a este tipo de pacientes, las enfermeras son quienes por su continuo contacto, pueden recomendar y coordinar servicios especiales que contribuyan al mejor estado emocional y psicológico de los mismos.

Achauer (1993) en consecuencia, recomienda un período de intensa psicoterapia de la siguiente manera:

4. Identificar para dar atención de inmediato, al trastorno de estrés post traumático (TSPT), el cual conlleva la evitación de contactos interpersonales, sociales y laborales
5. Recomienda usar técnicas de hipnosis.
6. Lograr que el paciente acepte el desfiguramiento y cualquier incapacidad que la quemadura le ocasione.

Cabe destacar la importancia del estrés post traumático, con datos obtenidos por la investigación llevada a cabo por Mora, Peña y Cortorreal (1994). En dicho estudio, en una muestra de 30 pacientes quemados de la Unidad de Quemados Pearl F. Ort, la totalidad presentó TSPT. El TSPT es definido como "el temor relacionado con un accidente y la subsecuente reacción emocional". Se considera agudo si dura menos de seis meses y crónico si pasa de ese período.

Dos tercios de los pacientes quemados sufren secuelas psicológicas. Según un estudio de Blumemlield y Schoeps (1993), de 68 pacientes, 16 presentaron problemas psicológicos posteriores. Sueños, imágenes

repentinas y fantasías acerca del accidente empiezan a ser integradas a la realidad, de forma tal que muchos los presentan después de una o dos semanas, posteriores al accidente. En otros, los síntomas no ceden en uno dos meses. Ocasionalmente las reacciones las quemaduras o el trauma pueden ser reactivados muchos meses o años después, ante otro trauma. Algunos pueden requerir tranquilizantes para controlar sus imágenes traumáticas sobre el accidente y antidepresivos o sedantes para la ansiedad.

Por lo cual es fundamental enseñarle al paciente que detrás de su deformidad se encuentra un ser humano, esto le puede ayudar a desviar la atención hacia él como persona. Bernstein, opina que: las manifestaciones de auto-consideración y auto-confianza positivas despiertan respuestas positivas y pueden liberar de problemas a los desfigurados. La psicoterapia breve, las técnicas de hipnosis, la relajación y las imágenes mentales, pueden contribuir a controlar el temor y la ansiedad que conlleva todo traumatismo y a la vez también a mitigar el dolor tan frecuente en las quemaduras graves.

f) METODOLOGÍA

TIPO DE ETUDIO:

La metodología que se propone para desarrollar la investigación es de tipo descriptivo - analítico, por cuanto señalará el impacto de la intervención psicológica para pacientes con estados depresivos que ingresan al Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, de la ciudad de Loja.

Será de tipo transversal o sincrónica**,** ya que su estudio se circunscribirá en un momento puntual y a un segmento del tiempo a fin de medir o caracterizar la situación en este tiempo específico. En cuanto a su finalidad es aplicada, ya que contribuirá a comprender y sugerir alternativas a la problemática planteada. Según el énfasis en la naturaleza de la información y resultados obtenidos será cuanti - cualitativa, porque los resultados serán medidos de acuerdo al tiempo de ocurrencia y cualitativa por que la preponderancia del estudio de los datos se basará en la descripción de los rasgos característicos de la problemática en estudio.

MÉTODOS:

Método científico.

El método científico es un proceso destinado a explicar fenómenos, establecer relaciones entre los hechos y enunciar leyes, construir conocimientos útiles al hombre, al mismo se lo utilizará en todo el proceso y desarrollo de la investigación.

Método descriptivo:

Se lo aplicará fundamentalmente en el resumen, introducción, discusión de los resultados así como en las conclusiones y recomendaciones.

Método analítico – sintético.

Se lo utilizará al momento de recolectar la información que permitirá elaborar el resumen, introducción, revisión de literatura, y también en el procesamiento de los resultados obtenidos como producto de la investigación.

Modelo Estadístico

Permitirá procesar, organizar y representar gráficamente los resultados cuantitativos obtenidos de la aplicación del instrumento a utilizar.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Inclusión:

- Pacientes ingresados en el área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora.
- Pacientes del área de Quemados, que se encuentran entre 18 a 65 años de edad.
- Pacientes del área de Quemados, que firman el consentimiento informado.

Exclusión:

- Pacientes que no se encuentren internados en el área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora.
- Pacientes del área de Quemados, que se encuentran fuera de la edad comprendida entre 18 a 65 años.

- Aquellos que no firmaron el consentimiento informado.

UNIVERSO Y MUESTRA

Población Puente: se considera a todos los pacientes que ingresan al Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, en el periodo comprendido entre abril – junio del 2015, que son un total de 68.

Muestra: Está constituido por los pacientes que ingresan al Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, en el periodo comprendido entre abril – junio del 2015, que oscilan entre las edades de 18 a 65 años, dando un total de 29 personas a investigar.

TÈCNICAS E INSTRUMENTOS

Observación Psicológica Clínica: permitirá describir y diferenciar, el estado emocional entre los pacientes que ingresan al Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora.

Test de Beck, se lo aplicará a los pacientes que ingresan al Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, con la finalidad de determinar los niveles de depresión.

g) CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	TIEMPO			
	Marzo 2015	**Abril 2015**	**Mayo 2015**	**Junio 2015**
Presentación y aprobación el proyecto.	**XXXX**	**XX**		
Investigación de campo.		**XX**		
Análisis e interpretación de resultados.			**XX**	
Conclusiones			**X**	
Recomendaciones			**X**	
Propuesta psicoterapéutica				**X**
Presentación del borrador				**X**
Sustentación pública				**XX**

h) RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS:

Institucionales:

Universidad Nacional de Loja.

Área de la Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica.

Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora.

Humanos:

Investigador:

Iván Fernando Valladares Torres

Docentes de la carrera de Psicología Clínica.

Personal médico del Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora.

Investigados:

Pacientes del Área de Quemados del Hospital General Isidro Ayora.

Materiales:

Libros

Impresiones

Copias

Anillados

Empastados

TECNOLÓGICOS:

Computador

Internet

Impresora

PRESUPUESTO

MATERIAL	COSTO
Materiales de oficina	600
Copias	300
Movilización	180
Internet	420
Bibliografía	700
Impresiones	400
Anillados	90
Empastados de tesis	200
Imprevistos	800
TOTAL	**$.3990,00**

FINANCIAMIENTO

La presente investigación será financiada en su totalidad por el investigador.

i) BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Cecilia (2012), Depresión: una crisis global. University of the Republic, Northern Region of Uruguay and Interpreter at Medical Conferences for this Spanish translation.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2015) Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM – 5. ISBN. Estados Unidos
- Berrocal Revueltas, Mendoza Iglesias y Patrón Gómez (2008) Análisis estadístico de pacientes con quemaduras, asistidos en la consulta de urgencias del Hospital Universitario de Cartagena Colombia.
- Fernández Vanessa (2014) Causas de la depresión. Madrid - España
- Ferrada Ricardo (2012), La depresión en pacientes con quemaduras. Universidad del Valle. Cali – Colombia.
- Mendoza Alexis (2015) Estado actual del quemado en Venezuela. Piel Latinoamericana. Publicación periódica de dermatología. Caracas – Venezuela.
- Núñez Hugo González (2015), la depresión, Salud al Día PRODEFEN
- Organización Mundial de la Salud (2012). La depresión en el mundo
- Santos *Carlos* (2011), Guía para el tratamiento del paciente quemado. Santo Domingo – Republica Dominicana
- Vallejo Ruilova J. (2003). Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría; 5ta Edición. Barcelona-España.
- www.webconsultas Healthcare S.A
- www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Trauma/Quemaduras.pdf
- http://www.cruzrojaayamonte.org/manual/quemaduras.htm
- http://www.ecuadorencifras.gob.ec/
- http://www.webconsultas.com/depresion/tipos-de-depresion

ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN DE BECK

INSTRUCCIONES: LLENE LOS datos anteriores, a continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz lo que mejor refleje su situación actual.

1 TRISTEZA	
Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos	**1**
No me encuentro triste	**0**
Me siento algo triste y deprimido	**1**
Ya no puedo soportar esta pena	**3**
Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar	**2**
2 PESIMISMO	
Me siento desanimado cuando pienso en el futuro	**1**
Creo que nunca me recuperare de mis penas	**2**
No soy especialmente pesimista , ni creo que las cosas me vayan a ir mal	**0**
No espero nada bueno de la vida	**2**
No espero nada .Esto no tiene remedio	**3**
3 FRACASO	
He fracasado totalmente como persona (padre, madre, esposo/a, hijo, profesional. etc.)	**3**
He tenido más fracasos que la mayoría de la gente	**1**
Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena	**2**
No me considero fracasado	**0**
Veo mi vida llena de fracasos	**2**
4 HOSTILIDAD O FALTAD DE INTERÉS	
Ya nada me llena	**2**
Me encuentro insatisfecho conmigo mismo	**1**
Ya no me divierte lo que antes me divertía	**1**
No estoy especialmente insatisfecho	**0**
Estoy harto de todo	**3**
5 AUTOCONCEPTO O CULPA	
A veces me siento despreciable y mala persona	**1**
Me siento bastante culpable	**2**
Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable	**2**
Me siento muy infame (perverso, canalla,) y despreciable.	**3**
No me siento culpable	**0**
6 MIEDO AL FUTURO	
Presiento que algo malo me puede suceder	**1**
Siento que merezco ser castigado	**3**
No pienso que este siendo castigado	**0**
Siento que me están castigando o me castigarán	**2**
Quiero que me castiguen.	**3**
7AUTOESTIMA	
Estoy descontento conmigo mismo	**1**

No me aprecio	**1**
Me odio (me desprecio)	**2**
Estoy asqueado de mí	**2**
Estoy satisfecho de mí mismo	**0**
8 CULPA	
No creo ser peor que otros	**0**
Me acuso a mí mismo de todo lo que me va mal	**2**
Me siento culpable de todo lo malo que ocurre	**3**
Siento que tengo muchos y muy graves defectos	**2**
Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores	**1**
9 IDEAS SUICIDAS	
Tengo pensamientos de hacerme daño , pero no llegaría hacerlo	**1**
Siento que estaría mejor muerto	**2**
Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera	**3**
Tengo planes decididos de suicidarme	**3**
Me mataría si pudiera	**3**
No tengo pensamientos de hacerme daño	**0**
10 LLANTO FÁCIL O INMEDIATO	
No lloro más de lo habitual	**0**
Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriendo.	**3**
Ahora lloro continuamente no puedo evitarlo	**2**
Ahora lloro más de lo normal	**1**
11 ESTADO DE ANIMO O IRRITABILIDAD	
No estoy más irritable que normalmente	**0**
Me irrito con más facilidad que antes	**1**
Me siento irritado todo el tiempo	**3**
Ya no me irrita lo que antes me irritaba	**2**
12 VOLUNTAD	
He perdido todo mi interés por los demás y no me importan los demás en absoluto	**3**
Me intereso por la gente menos que antes	**1**
No he perdido mi interés por los demás	**0**
He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos	**2**
13 CAPACIDAD DE TOMAR DECICIONES	
Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones.	**1**
Tomo mis decisiones como siempre	**0**
Ya no puedo tomar decisiones en absoluto	**3**
Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.	**2**
14 ASPECTO PERSONAL	
Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado	**1**
Me siento feo y repulsivo	**3**
No me siento con peor aspecto que antes	**0**
Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)	**2**
15 VIDA LABORAL	

Puedo trabajar también como antes	**0**
Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa	**1**
No puedo trabajar en nada	**3**
Necesito un esfuerzo extra para empezar hacer algo	**2**
No trabajo tan bien como lo hacía antes.	**1**
16 ESTADO DE SUEÑO	
Duermo también como antes	**0**
Me despierto más cansado por la mañana	**1**
Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver dormir.	**2**
Tardo una o dos horas en dormir por la noche	**2**
Me despierto sin motivo en la mitad de la noche y tardo en volverme a dormir.	**2**
Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas	**3**
Tardo más de dos horas en dormirme y no duermo más de 5 horas	**3**
No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas	**3**
17 FATIGA	
Me canso más fácilmente que antes	**1**
Cualquier cosa que hago me fatiga	**2**
No me canso más de lo normal	**0**
Me canso tanto que no puedo hacer nada	**3**
18 APETITO	
He perdido totalmente el apetito	**3**
Mi apetito no es tan bueno como antes	**1**
Mi apetito es ahora mucho menor	**2**
Tengo el mismo apetito de siempre	**0**
19 PESO	
No he perdido peso últimamente	**0**
He perdido más de 2 y medio Kgs.	**1**
He perdido más de 5 Kgs	**2**
He perdido más de 7 y medio Kgs.	**3**
20 ESTADO DE SALUD	
Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otra cosa	**2**
Estoy preocupado por dolores y trastornos	**1**
No me preocupa mi salud más de lo normal	**0**
Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro	**3**
21 VIDA SEXUAL	
Estoy menos interesado por el sexo que antes	**1**
He perdido todo mi interés por el sexo	**3**
Apenas me siento atraído sexualmente	**2**
No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo.	**0**

INDICE DE CONTENIDOS

PORTADA……...……i
CERTIFICACIÓN……...ii
AUTORÍA……iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN……..iv
AGRADECIMIENTO……..v
DEDICATORIA……..vi

a. TITULO……1
b. RESUMEN - ABSTRACT ……...2
c. INTRODUCCIÓN……..……3
d. REVISIÓN DE LITERATURA……..4
1. Depresión……7
1.1 Definición……...……7
1.2 Causas……...……7
1.2.1 Factores genéticos……7
1.2.2 Factores fisiológicos……..8
1.2.3 Factores personales……..8
1.2.4 Factores ambientales……9
1.3 Epidemiologia……..9
1.4 Clasificación……9
1.4.1 Trastornos desregularización del estado de animo10
1.4.2 Trastorno de depresión mayor……...12
1.4.3 Trastorno depresivo persistente……15
1.4.4 Trastorno depresivo debido a otra afección medica18
1.5 Especificadores para el trastorno depresivo……20
1.6 Tipos de depresión……..21
1.7 Síntomas clínicos de la depresión……23
1.7.1 Síntomas afectivos……..23

1.7.2 Síntomas cognitivos…….23
1.7.3 Síntomas fisiológicos……...24
1.7.4 Síntomas conductuales……...24
2. Quemaduras…….24
2.1 Definición……..24
2.2 Clasificación de las quemaduras……..25
2.3 Sentimientos frecuentes en pacientes quemados……..26
2.4 Intervención psicológica en quemaduras…….30
e. MATERIALES Y MÉTODOS…….....35
f. RESULTADOS……40
g. DISCUSIÓN……...……..44
h. CONCLUSIONES……46
i. RECOMENDACIONES……..47
j. BIBLIOGRAFÍA……57
k. ANEXOS……..58
ÍNDICE DE CONTENIDOS……106