

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

LA DEPRESION EN EL PACIENTE QUE ASISTE AL HOSPITAL DE LA POLICIA
NACIONAL CIVIL

Informe Final de Investigación
presentado al Honorable Consejo Directivo
de la Escuela de Ciencias Psicológicas

POR

LEONOR CELIA ORDÓÑEZ GARCIA
RONY NOE ÁLVAREZ CASTILLO

Previo a obtener el título de Psicólogos
en el grado académico de Licenciatura
Guatemala, Marzo del 2009

MIEMROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín

DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes

SECRETARIA

Doctor René Vladimir López Ramírez

Licenciado Luis Mariano Cordero Castillo

REPRESENTANTES DE CLAUSTRO DE MAESTROS

Ninette Archila Ruano de Morales

Jairo Josué Vallecios Palma

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

ANTE CONSEJO DIRECTIVO

TITULO

“LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE QUE ASISTE AL HOSPITAL DE LA POLICÍA NACIONAL CIVIL”

Como incide la depresión en los pacientes psicosomáticos que sufren algún trastorno gastrointestinal, el estudio se realizó de abril a julio del año 2008 en pacientes comprendidos de los 17 a 50 años, de ambos sexos que asisten al Hospital de la Policía Nacional Civil.

LEONOR CELIA ORDOÑEZ GARCIA

PADRINO

IVAN ROCAEL MONZON

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

COLEGIADO No 6441

RONY NOE ÁLVAREZ CASTILLO

PADRINO

MIRNA MARILENA SOSA MARROQUIN

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

COLEGIADO No. 1336

CELIA LEONOR ORDÓÑEZ GARCIA

ACTO QUE DEDICO A:

DIOS Y SANTISIMA MARIA

Agradecimiento infinito por sus bendiciones que permitieron realizar mis metas.

MIS PADRES

Basilio Ordoñez
Francisca Inocenta de Ordoñez
como una muestra de agradecimiento a su invaluable sacrificio.

MI ESPOSO

Rony Alvarez
por su apoyo fundamental de mi vida para obtener tan esperado triunfo.

MIS HIJOS

Rony Javier y Pedro Ignacio
orgullo de mi vida y por constituir el incentivo necesario.

MIS HERMANOS Y

HERMANAS

con mucho cariño

MI PATRIA

Guatemala

USTED

en especial

RONY NOE ÁLVAREZ CASTILLO

ACTO QUE DEDICO A:

DIOS TODO PODEROSO

Por darme sabiduría

MIS PADRES

Pablo Alvarez y

Alina de Alvarez

por su comprensión y

cariño.

MI ESPOSA

Celia Ordoñez

Por su confianza puesta en

mí.

MIS HIJOS

Rony Javier y Pedro Ignacio

mi motivación para seguir

adelante.

MIS HERMANOS

Mynor, Axel, Jhony y

Elvidio (Q. E. P. D.)

MI PATRIA

Guatemala.

USTED

en especial

AGRADECIMIENTO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

HOSPITAL DE LA POLICIA NACIONAL CIVIL

EN ESPECIAL A SU DIRECTOR

DR. SERGIO ALDER MARTINEZ

INDICE O CONTENIDO

Prólogo

CAPITULO I INTRODUCCION

Introducción	5
Marco teórico	6
Premisas	23
Hipótesis	24
Operacionalización de variables	

CAPITULO II TECNICAS E INSTRUMENTOS

Descripción de la muestra	25
Técnicas de muestreo	
Técnicas de recolección de datos	
Técnica de análisis estadístico	26
Instrumentos	
Descripción de instrumentos	

CAPITULO III

Presentación, Análisis e Interpretación de resultados	28
---	----

CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones	41
Recomendaciones	42
Bibliografía	43
ÁNEXOS	

PROLOGO

Los participantes en esta investigación consideramos contribuir al conocimiento de las causas que desencadena la conducta depresiva. El trabajo que a continuación presentamos está encaminado a enriquecer los conocimientos relativos a la depresión en los pacientes somáticos que asisten al Hospital de la Policía Nacional Civil, y con ello dar a conocer la depresión desde el punto de vista objetivo, y la problemática que la misma representa.

La depresión es un mal que se caracteriza por afectar a todas las clases sociales, y en ella (depresión), el paciente utiliza mecanismos psicológicos que enmascara la naturaleza de su realidad ante los demás, causando también trastornos en la conducta en él, esta patología tiene su origen en la insatisfacción de sus propias necesidades, y como efectos colaterales encontramos los diversos trastornos gastrointestinales. Encontrando en la misma (patología) un alto índice de somatización en la muestra investigada.

La psicoterapia como técnica psicológica que llevada al campo de trabajo, y aplicada adecuadamente permitirá dar un enfoque científico al problema con sus resultados positivos que beneficien tanto al paciente, a su familia y a la sociedad en general.

CAPITULO I

I- INTRODUCCION.

En la actualidad, el trabajo psicológico como soporte emocional de las personas, ha adquirido suma importancia, pues les posibilita lograr vivir su vida como mejor se les facilite. Cuando hablamos de personas enfermas en nuestro caso, personas que se encuentran padeciendo un trastorno gastrointestinal, que va acompañado de una depresión, se hace necesario la búsqueda de ciertas estabilidad a través de la aceptación y conciliación consigo mismo y con los demás. Es la psicoterapia, el tratamiento psicológico que consideramos cumple con los requerimientos indispensables y necesarios, y que pretende ofrecer estabilidad emocional a la persona, ayudándola a fortalecer su dinámica personal, permitiendo además, su mejor adaptación al medio que le rodea, manejando así los niveles depresivos en mejor manera. Por tal razón, nuestro estudio pretende visualizar los medios por los cuales podría lograrse establecer el tratamiento idóneo, para el manejo de los niveles depresivos en los pacientes que asisten al Hospital de la Policía Nacional Civil que tiene algún trastorno gastrointestinal, permitiendo con esta técnica, reducir los niveles depresivos. Las bases científicas que fueron tomadas para este estudio se centran en el campo de la psicología clínica, esperamos que este trabajo sea un logro representativo en el manejo de los niveles depresivos del paciente que asiste al Hospital de la Policía Nacional Civil, que presenta algún trastorno gastrointestinal.

MARCO TEORICO

DEPRESION

Antiguamente “Los griegos, como Hipócrates, describieron los estados de tristeza, los que denominaron melancolía (bilis negra), la cual esta caracterizada por una aversión a los alimentos, inmovilidad, insomnio, irritabilidad y desesperanza. La influencia del planeta Saturno, hacía que el hígado segregara la bilis negra, de esta manera se daba una explicación etiológica al problema, sin embargo fue Areteo de Capadocia, quien hizo la relación entre la melancolía y la manía. El psiquiatra Esquirol, alumno de Pinel, lejos que la tristeza profunda, fue él quien describió la melancolía como una monomanía, y una alteración del afecto. Jean-Pierre Falret y Jules Baillarger, discípulos de Esquirol estudiaron la enfermedad bipolar, a la cual le dieron el nombre de: doble forma, así fue como los psiquiatras franceses y luego los alemanes, siguieron la observación de sus pacientes de forma longitudinal, y de esta manera pudieron correlacionar los estados de melancolía y manía”.¹

“Kraepelin fue quien hizo la separación de los tres grandes grupos de trastornos que llenaban los manicomios siendo estos la esquizofrenia, la demencia y la enfermedad Maniaco-Depresiva”.²

¹ Burton, Roberto. Anatomía de la melancolía. México. 1988. Pag 150

² Idem. Pag 220

CAUSAS DE LA DEPRESION

FACTORES QUIMICOS:

Las causas básicas de la depresión están asociadas a anormalidades en la liberación de ciertos neurotransmisores importantes. Los cuales son los mensajeros químicos del cerebro y, en caso de la depresión, se ven alterados. “La serotonina (íntimamente relacionada con la emoción y el estado de ánimo), la acetilcolina (responsable de muchas de las estimulaciones musculares, y además participa en la programación del sueño), las Catecolaminas (Intervienen en el deseo y en la sensación de placer), la Noradrenalina (pone en alerta máxima el sistema nervioso), y la adrenalina (la sustancia de la acción por antonomasia). Estos mensajeros químicos se alteran por diversas causas como: anomalías estructurales cerebrales leves, trastornos del sueño o herencia genética. “Los investigadores han identificado un defecto en un gen llamado SERT, que regula la serotonina, la que ha sido asociada a la depresión.”³

FACTORES HORMONALES:

“En la depresión existen alteraciones en el funcionamiento de las glándulas hipotálamo e hipófisis (que se encuentran en el cerebro) y las glándulas suprarrenales, que se encuentran sobre los riñones”.⁴ Estas tres glándulas funcionan sincronizadas entre sí, de modo que la hormona segregada por el hipotálamo estimula a la hipófisis a que produzca otra hormona que a su vez

³ Willie, claudie A. Biología. México. 1977. Pag 520

⁴ Idem. Pag 521

estimula las glándulas suprarrenales a producir cortisol que es la hormona del estrés, normalmente la cantidad de hormona segregada frena a la glándula que la ha producido de modo que se genera un mecanismo llamado de retroalimentación, y si ésta no funciona con normalidad se origina la depresión. Las anomalías de la función de la glándula tiroides también se han relacionado también con los trastornos del estado de ánimo, ya que el hipotiroidismo a veces da cabida al síndrome depresivo y como en el caso anterior una mala regulación de la secreción hormonal de las glándulas hipotálamo, hipófisis y suprarrenal desencadena la depresión. Existe en los estrógenos y en la progesterona que son las hormonas femeninas, las cuales juegan un papel importante en la depresión, ya que los niveles anormales de estas hormonas también pueden desencadenar altos índices de depresión.

FACTORES GENETICOS:

“La predisposición genética a la depresión no implica que se padezca, sino que existe una disposición hacia ella.”⁵ Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de una misma familia, lo cual sugiere que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar, Sin embargo no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen, al parecer hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo “La depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia

⁵ Op. Cit. willie, A. Claude. Biología. Pag 522

familiar de depresión, sea hereditario o no, lo cierto es que la depresión está asociada con cambios en las estructuras o funciones cerebrales, ocasionando disminución del metabolismo del área pre-frontal izquierda del cerebro, situación que se normaliza tras los diferentes tratamientos farmacológicos”⁶

FACTORES PSICOSOCIALES:

La depresión puede ser la consecuencia o respuesta a determinadas situaciones traumáticas como la pérdida de un ser querido, enfermedad, divorció, o ante situaciones desagradables. En el origen de la depresión también influyen ciertos patrones de comportamiento como la inseguridad en el carácter, la baja autoestima y la ansiedad, los cuales suelen originarse en la infancia. Hay que reconocer que los límites de la depresión son difusos la cual puede ser conceptualizada como síndrome o trastorno y una forma de reacción normal del ser humano ante acontecimientos de la vida. La palabra depresión es la más utilizada tanto en ambientes médicos, psiquiátricos y psicológicos, sin embargo el término de trastorno depresivo refleja la condición clínica; partiendo de un análisis de los elementos psicopatológicos básicos como lo son los afectivos, los sentimientos y los del humor. Con arreglo al modelo estructural de depresión que distingue cuatro dimensiones, la cual es posible efectuar una ordenación jerárquica de la totalidad de los síntomas y signos depresivos, psíquicos y corporales. “Absolutamente todos los rasgos propios de cualquier individuo depresivo corresponden a una de estos cuatro apartados siguientes: Humor depresivo mediante las imagen de la muerte, en la anergia (debilitación de los impulsos) a través de la inmovilidad, en la des-

⁶ Idem. Pag 523

comunicación por el aislamiento, y en la ritmo-patía (desregulación de los ritmos) por la anarquía funcional.”⁷ La hipocondría (preocupación exagerada y obsesiva de la propia salud), se constituye en una manifestación grave del proceso, y sus dolencias más corrientes comprenden las siguientes: dificultad para dormir, despertar temprano, fatiga, pérdida del apetito, estreñimiento, pérdida de la libido, dolor de cabeza, nuca, espalda, sequedad y ardor en la boca entre otros, anhela el cariño de los demás pero deja de corresponder de una forma que, recompense a la otra persona o refuerce la relación. Estar deprimido, no es algo que de pronto aparezca, su inicio es poco claro y puede iniciar por síntomas corporales, de los llamados somáticos (somátiformes), que hacen pensar al deprimido, que está enfermo de algo diferente como: sensación de piernas y brazos pesados, fatiga, decaimiento, son datos iniciales de depresión posteriormente pueden aparecer las ideas de tristeza, experiencias desagradables y embarazosas que se tuvo en el pasado, por lo cual el paciente se aísla, se le dificulta el trato con los demás, se torna irritable, sombrío, esta constantemente con ideas de culpa por situaciones en donde omitió tal o cual acción, sus pensamientos estereotipados son monótonos (aburridos). En el individuo moderadamente deprimido podrá combatir su depresión dirigiendo conscientemente sus pensamientos a donde sea, defensa particularmente corriente en los pacientes obsesivos. En los Estados Depresivos se podrá dar un aumento de actividad social, buscando el paciente la compañía de otros para distraerse de su dolencia y en su afán de aceptación y simpatía, podrá ser un compañero(a) sincero(a) y seguro(a), pero subordinará

⁷ Najeras, Vallejas y otros. Introducción a la psiquiatría aplicada. España. Pag 200

sus propios intereses y deseos a los de la otra persona, aunque experimente sentimientos de envidia y enojo hará todo lo posible para ocultarlos volviéndolos hacia su interior y profundizando de esta forma su desesperanza. En el síndrome depresivo el cual es una presión emocional negativa, ligada a eventos externos dolorosos o preocupantes, o bien es provocada por situaciones que modifican las condiciones de vida, (matrimonio, cambio o pérdida de empleo, por ejemplo), estas situaciones provocan cefalea, depresión, irritabilidad, insomnio, problemas digestivos, menopausia precoz, vaginismo, e impotencia, pudiendo también aparecer de forma aislada, constituyendo el denominado trastorno depresivo el cual es una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo, y la manera de pensar, afectando la forma en que una persona come, duerme, se valora (autoestima) y en su autoimagen. En el trastorno depresivo “La persona está enferma de su voluntad, y desfavorablemente los familiares y amigos, para estimularlos le piden ¡Tener Voluntad! La cual es difícil, pues la enfermedad se caracteriza por ausencia de la misma (voluntad)”⁸. Los Trastornos depresivos están constituidos por un grupo de trastornos mentales caracterizados por un conjunto de síntomas, los cuales son la expresión de las diferentes funciones psicológicas como: afectividad (tristeza), cognición (desesperanza), psicomotricidad (inhibición) y conducta (hipoactividad). “Por razones clínicas, investigativas y didácticas resulta preciso efectuar una ordenación sistemática de la sintomatología depresiva, ésta ineludible exigencia ha venido siendo afrontada por la psicopatología descriptiva mediante la distribución de los síntomas en tres

⁸ Warren, Howard. C. Diccionario de psicología. México. 1996 Pag 250

casilleros: los afectivos, los psicomotores y los emocionales.”⁹ Esta distribución tripartita se centra en realidad en distinguir los trastornos subjetivos (los de la afectividad y los del pensamiento) y los objetivos (la inhibición psicomotora), con esta distribución se rompe la unidad esencial del fenómeno psíquico, siempre integrada a la vez por un aspecto subjetivo y otro objetivo. En el síndrome depresivo está implicado un trastorno afectivo, caracterizado por un retraso en el proceso de pensamiento, lenta espontaneidad, conducta reducida, relaciones sociales empobrecidas y cambios fisiológicos que resultan en las preocupaciones hipocondríacas. “El trastorno afectivo produce cambios del ánimo patológicos de manía a depresión, con una tendencia a recurrir y a desaparecer espontáneamente”.¹⁰ En los episodios maníacos como en los depresivos pueden predominar y producir cambios en el estado de ánimo, o los patrones de conducta pueden ser variados, comenzando a menudo con una manía que termina en una depresión profunda. Algunas personas son denominadas depresivos latentes, porque su ánimo puede cambiar varias veces en un día, otros presentan lo que se llama estados mixtos, en donde los pensamientos depresivos pueden aparecer en un episodio de manía, y cuando el trastorno afectivo se presenta en niños, generalmente aparece en su forma mixta. El trastorno afectivo se caracteriza por contar con dos fases. “Las cuales son las dos variaciones o estados afectivos (depresión y exaltación o júbilo), de un mismo proceso patológico cuyas bases son de causa fisiológica, las cuales

⁹ Rojas, Enrique. Psicopatología de la depresión. España. 1979. Pag 220

¹⁰ Idem. Pag 222

alternan en las psicosis afectivas, dando como resultado los trastornos de conducta.”¹¹

FASE DEPRESIVA: se caracteriza por pérdida de autoestima, sentimientos de desesperanza o minusvalía, sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados, fatiga (cansancio o aburrimiento), lentitud exagerada (inercia), somnolencia diurna persistente, insomnio, problemas de concentración, fácil distracción por sucesos sin trascendencia, dificultad para tomar decisiones, pérdida del apetito y por ende de peso, pensamientos, planificación e intentos de suicidio, y disminución del interés en las actividades diarias entre otras, las que pueden durar semanas e inclusive meses.

FASE MANIACA:

Se caracteriza por la exaltación del estado de ánimo, aumento de las actividades orientadas hacia metas, ideas fugaces o pensamiento acelerado, autoestima alta, menor necesidad de dormir, agitación, logorrea (hablar más de lo usual o tener la necesidad de continuar hablando), incremento en la actividad involuntaria (es decir, caminar de un lado a otro, torcer las manos), inquietud excesiva, aumento de peso, bajo control del temperamento, patrón de comportamiento de irresponsabilidad extrema, aumento en la actividad dirigida al plano social o sexual, compromiso excesivo y dañino en actividades placenteras que tienen un gran potencial de producir consecuencias dolorosas (andar en fiestas, tener múltiples compañeros sexuales, consumir alcohol y otras drogas), creencias falsas (delirios), alucinaciones.

¹¹ Lawrence, Kolb. C. psiquiatría clínica moderna. México. 1973. Pag 220

ESTRÉS

Todo organismo viviente se enfrenta a una serie de situaciones complejas a fin de resolver su vida, el mismo se prepara para actuar y salir adelante de ellas, sin embargo cuando el estrés rebasa los límites establecidos, el organismo funciona mal ya que se encuentra fatigado, cansado con falta de atención y baja concentración. “Hay que tener cuidado pues la palabra estrés ha sido muy utilizada y mal empleada entonces se escuchan expresiones: “estoy estresado por mi examen”, “en donde estrés puede ser sinónimo de preocupación.”¹² El organismo siempre se encuentra en un estado de estrés mínimo que, ante determinadas situaciones, se incrementa provocando un efecto positivo o negativo, el cual es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona y el resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente, en esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos cerebro, nervios, corazón, flujo sanguíneo, nivel hormonal, digestión y la función muscular. “El estrés produce cambios químicos en el cuerpo donde, el cerebro envía señales químicas que activan la secreción de hormonas (las catecolaminas entre ellas la adrenalina), en la glándula suprarrenal, las cuales inician una reacción en cadena en el organismo haciendo que el corazón lata más rápido y la presión arterial suba, la sangre es desviada de los intestinos a los músculos para huir del peligro; y el nivel de insulina aumenta para permitir que el cuerpo metabolice más energía”.¹³ El

¹² Papalia, Diane. E. psicología del desarrollo. México. 1985. Pag 22

¹³ Op. Cit. Rojas, Enrique. Psicopatología de la depresión. Pag 230

estrés tiene efectos sobre la salud mental, experimentando ansiedad y depresión quienes están sometidas a éste, además todos estos efectos deterioran la calidad de las relaciones interpersonales, tanto familiares como afectivas, pudiendo provocar la ruptura de las mismas y el cual inhibe la creatividad, la autoestima y el desarrollo personal, produciendo alteraciones físicas y psicológicas, entre las físicas se encuentran por ejemplo la taquicardia, sudoración, temblor corporal, manos y pies fríos, tensión muscular, falta o aumento de apetito, diarrea o estreñimiento, insomnio, tartamudeo, fatiga y resequedad en la boca, dolores gastrointestinales, úlceras, cólicos, diarrea, colitis, y gastritis, en las alteraciones psicológicas figuran entre otras la dificultad para concentrarse, disminución de la memoria, ansiedad, preocupación excesiva, pensar en escenas terroríficas, catastróficas, lentitud de pensamiento, irritabilidad y cambios de humor, ataques de angustia o pánico, existiendo también las alteraciones conductuales como por ejemplo la risa nerviosa o fingida, moverse constantemente, necesidad de correr, de esconderse, y rechinar los dientes. Desde hace tiempo atrás se ha sabido que el estrés causa daño físico al sistema gastrointestinal, glandular y cardiovascular, y “recientemente se ha descubierto que el estrés causa cambios fisiológicos en el cerebro, y ahora se sabe que la fatiga, llanto, depresión, angustia, e insomnio que son característicos del estrés, son causados por una disfunción química cerebral.”¹⁴

¹⁴ Hammerly, A. Marcelo. Enciclopedia médica moderna. México. 1972. Pag 520

ANSIEDAD

En la ansiedad “(del Lat. *anxietas* = angustia, aflicción) que es un estado caracterizado por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar su homeostasis o equilibrio emocional”.¹⁵ Ante esta situación, el organismo pone a funcionar el sistema dopaminérgico, esto quiere decir que: cuando el organismo considera necesario abastecerse de energía, este sistema entra en funcionamiento, liberando señales de alerta que pone a todo el sistema nervioso central en estado latente, y cuando se detecta el equilibrio necesario para lo cual, se requiere actividad física, se disparan los mecanismos que liberan adrenalina. La ansiedad está directamente relacionada con el miedo al futuro y, está basada en pensamientos ligados con frases que empiezan como por ejemplo: “y si”, “y si me mareo”, “y si tengo alguna enfermedad”, “y si pierdo el control”, cuyo tratamiento se basa en una re-codificación de este tipo de pensamientos que permita a la persona vivir en el presente. En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad patológica se vive como una sensación de angustia o miedo, y deseo de huir, sin el que la sufre pueda identificar claramente el peligro o la causa de este sentimiento, ésta es el resultado de los problemas de diferente tipo a los que se enfrenta la persona a lo largo de su vida, y sobre todo de la forma en que interioriza y piensa acerca de sus problemas, contando con los siguientes síntomas, siendo éste la hiperactividad vegetativa, que se manifiesta con taquicardia, dilatación de pupilas, temblores en las extremidades, sensación de pérdida del conocimiento, transpiración, rigidez y

¹⁵ Imaz, E. Alatorre. A. Diccionario de psicología. México. 1998. Pag 14

debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultad para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos. Algunos de los cuales son generados por el excesivo estrés, el cual está relacionado con la ansiedad, pudiendo convertirse en un trastorno de pánico, donde la persona cree que se va a desmayar, fallecer o sufrir algún percance fisiológico. “En general se considera que la ansiedad es una condición que existe de por vida y en cierto grado.”¹⁶

Sin embargo no todos los pacientes responden al tratamiento psicológico, pero un porcentaje importante de ellos pueden lograr una recuperación completa a corto plazo con la ayuda de la terapia de apoyo (terapia cognitivo-conductual). La ansiedad, como respuesta psicológica al peligro viéndose a menudo cuando, el individuo tiene la impresión de que se está perfilando una amenaza contra su bienestar. En las depresiones crónicas, la ansiedad podrá desaparecer y estar reemplazada por la apatía y el retraimiento, este es un cuadro corriente en pacientes que han renunciado a todo lo que los rodea (familia, amigos, compañeros) y se sienten desesperados, pudiendo haber pérdida del apetito o comer en exceso, desasosiego, mayor consumo de alcohol, tabaco, alimentos, pérdida del interés sexual, tendencia a sufrir accidentes.

TRASTORNO GASTROINTESTINAL

“Estos representan una combinación de síntomas digestivos crónicos o recurrentes que no se pueden explicar por anomalías estructurales o

¹⁶ Klein, Melanie. Emociones Básicas del hombre. Argentina. 1969. Pag 320

bioquímicas”¹⁷, los cuales comprenden trastornos esofágicos tales como el dolor torácico, gastro-duodenal entre otros, por ende se considera que son una repercusión de una enfermedad primaria digestiva. “En el caso de enfermedades primarias digestivas, no se puede obviar los factores psíquicos que influyen en la vulnerabilidad a contraer enfermedades”¹⁸, y sus síntomas son distintos en cada persona e incluyen dolor abdominal, aerofagia (deglución espasmódica del aire expulsado por el ano) diarreas, náuseas y se ha relacionado incluso con el síndrome del colon irritable. “El síndrome del colon irritable consiste en un trastorno de la movilidad del tubo digestivo”¹⁹, lo que puede afectar a todos sus niveles tanto estructurales y fisiológicos. Por aparte se cuentan con algunos elementos que están implicados directamente con los trastornos gastrointestinales siendo estos la depresión, la ansiedad y el estrés entre otros. Ante una situación de estrés sostenido el individuo suele desarrollar una serie de trastornos psico-fisiológicos, pudiendo ser por una disminución excesiva de uno o varios órganos activados de forma intensa y duradera. No recuperándose de esta disminución, cuyas características físicas y factores de predisposición, determinarán la aparición pronta o tardía de patologías psicosomáticas diversas.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL GRUPAL

“La terapia de grupo es un instrumento terapéutico, constituyéndose en un microsistema social en el cual en condiciones controladas de comunicación, jerarquía y valores sirven para que los individuos reconozcan y modifiquen sus

¹⁷ Op. Cit. Willie, Claude. A. Biología. Pag 120

¹⁸ Alexander, F. Medicina psicosomática. México. 1950. pag. 20

¹⁹ Gyton, Arturo. Tratado de fisiología médica. España. 1967. Pag. 920

conductas inadaptadas, y en algunos casos mediante el conocimiento de los esquemas mentales que las sostienen, entre las cuales se encuentran: la teoría cognitiva-conductual o de la compulsión a la repetición de aspectos autodestructivos de su historia personal, la teoría dinámica o del propio reconocimiento del grupo del ser complejo del individuo y el humanismo o la sugestión de aceptación de la verdad”²⁰. Una de las características de los grupos es que pueden estar integrados de 10 a 20 personas, sin embargo el número ideal es de 3 a 15 personas. La terapia cognitiva-conductual centra su enfoque, que por medios de los procesos mentales se obtiene una conducta. Según Beck “La cognición es la precursora del estado emocional”²¹ , siendo el modelo que trata las alteraciones emocionales y conductuales, las cuales se basan en los elementos siguientes: Los esquemas básicos los cuales son estructuras mentales que permiten integrar y organizar la información y los estímulos recibidos que se desarrollan en la infancia, por ejemplo la creencia: no puedo vivir sin ti, ésta creencia podría permanecer latente y activarse ante una situación de estrés por ejemplo, la ruptura de pareja. En el procesamiento automático el cual se caracteriza por ser irracional, involuntario y súbito, donde aparece sin previo aviso, y las distorsiones cognitivas que ocurren cuando se procesa la información en forma errónea, es así que se obtiene un pensamiento absolutista; por ejemplo soy perfecto o soy inútil. La terapia de grupo inició con los trabajos de J. Pratt, “quién en 1905 comenzó a utilizar discusiones didácticas y reuniones inspirativas de grupo, para producir cambios

²⁰ Beck, Aaron. Terapias conductuales. España. 1983. Pag 222

²¹ Idem. Pag 229

favorables en el ánimo de algunos pacientes con algún trastorno”²². Los primeros pacientes de Pratt fueron los que padecían de tuberculosis, más tarde formó grupos con enfermos de diversos trastornos psicosomáticos. La terapia de grupo ofrece a los pacientes la oportunidad de “re-vivir” o corregir muchas de las experiencias que producen distorsiones y que surgen en el contexto de situaciones que crean rivalidad destructiva. En la psicodinámica de grupo, lo más importante lo ha dado el origen del concepto de la interacción de grupo como un método de psicoterapia, donde el patrón de la madurez humana va desde la incapacidad para valerse por sí mismo hasta la autonomía y la adquisición de la cultura que tiene lugar a través de una serie continua de transacciones dentro de la familia y de relaciones sociales extra familiares. La terapia cognitiva conductual grupal es aquella en la que un psicólogo se reúne y habla con los pacientes acerca de sus pensamientos negativos y los ayuda a reemplazarlos por pensamientos positivos, esto puede ayudar a los pacientes a frenar el patrón negativo. La primera vez que los pacientes se reúne con su psicoterapeuta, hablarán acerca del problema que estén teniendo, de cómo se están sintiendo y sobre las metas que tiene para su psicoterapia y mientras están recibiendo psicoterapia, aprenderán nuevas formas de pensar acerca de las situaciones que les molesta. Además, aprenderán nuevas maneras de afrontar sus sentimientos. Es una de las corrientes que se enfoca en los comportamientos observables de la persona, la cual concibe al ser humano integrado por tres niveles: el fisiológico, el motor y el cognitivo, es decir, lo que siente, lo que hace y lo que piensa. Se buscará potenciar los recursos con que

²² Lawrence, Kolb C. psiquiatría clínica moderna. México. 1992. Pag 894

cuenta para poder realizarlos e indica soluciones a seguir. “La terapia cognitiva conductual grupal es un proceso de comunicación entre el psicoterapeuta (psicólogo) y un grupo de personas que acuden a las reuniones”²³, la cual es empleada para tratar la depresión, (el cual es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente), los trastornos de ansiedad, las fobias y otras formas de trastornos psicológicos, y que esta basada en reconocer los pensamientos distorsionados que lo origina, y aprenderá a reemplazarlo con ideas sustitutivas más realistas. “Sus practicantes sostienen que la causa de muchas de las depresiones (pero no todas) son los pensamientos irracionales.”²⁴ Esta terapia ha sido extensamente estudiada y se ha encontrado que es muy efectiva para una variedad de trastornos, ayuda a los pacientes a pensar y actuar de un modo más realista, reduciendo o eliminando los síntomas depresivos. La terapia cognitiva-conductual grupal se sirve de una gran variedad de estrategias cognitivas (formas de pensamiento) y conductuales para lograr delimitar las falsas creencias, mediante técnicas de aprendizaje. La concepción implica que los individuos depresivos distorsionan sistemáticamente sus experiencias en dirección negativa y tiene una imagen negativa de ellos mismo, examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados. “La terapia cognitiva conductual en grupo no carece de limitaciones, a toda persona se le asignará un tiempo en cada sesión para discutir sus problemas, por ello no se puede permitir que las personas

²³ Cuello, José y otros. Teoría de la personalidad. México.1977. Pag 52

²⁴ Gispert, Carlos y otros. Enciclopedia de psicología tomo 6. España. 1980. Pag 120

afectadas se apropien de la sesión.”²⁵ Cuando se habla de personas deprimidas que se encuentran padeciendo de algún trastorno, será necesario el soporte psicológico, donde la terapia cognitiva-conductual ayudará a fortalecer su dinámica personal, permitiéndoles una mejor adaptación al medio que los rodea, y por medio de seminario-taller el cual incluye temas donde los participantes se verán identificados los que valorarán y que servirán para entender los problemas que los llevan a desencadenar los diferentes trastornos gastrointestinales que están presentes en los individuos. Sin embargo llegan un momento de predisposición corporal en que los mismos van a incidir o repercutir en estados depresivos, y que a través del seminario-taller se conocerán los elementos que influyen en los diferentes trastornos gastrointestinales y los que aquejan a la mayoría de personas. Tiene como propósito tener espacios de intercambio, discusión y análisis sobre los diferentes temas con sus logros y dificultades. Se espera promover la reflexión de los participantes sobre la importancia de la problemática, a partir de sus propias experiencias. El contenido del seminario-taller será un aporte concreto para mejorar las expectativas de vida de los participantes. Durante el seminario-taller se realizarán una serie de discusiones mostrando sus propias experiencias. Tendrá un máximo de 15 participantes con los mismos trastornos gástricos y presentando algún estado depresivo. Surge ante la necesidad de que la mayoría de personas somatizan su enfermedad llevándolas a un inadecuado manejo de emociones, de la misma manera y ante el hecho de que el individuo puede mejorar substancialmente la manera de hacer frente a los

²⁵ Beck, Aaron. Terapias conductuales. México. 1983. Pag 250

cambios que se producen en su ambiente personal y emocional. El seminario-taller busca mejorar la capacidad para enfrentar su cotidianidad, potencializando la reflexión y mejorando la calidad de vida.

PREMISAS

1-“Los estados de tristeza conocida como melancolía y que son caracterizados por inmovilidad, insomnio, irritabilidad y una aversión a la comida”

Hipócrates

2- “Las causas principales de la depresión son por factores químicos, factores hormonales, factores genéticos y factores psico sociales”

Claude Willie

3-“El estrés produce o genera en el organismo una serie de alteraciones, tanto físicos (taquicardias), psicológicos (dificultad para concentrarse) como de conducta (rechinar los dientes)”

Enrique Rojas

4-“La intolerancia alimenticia es una de las causas de la sintomatología y molestias que a menudo se presentan a nivel gastrointestinal. Los síntomas son variables en cada paciente y pueden incluir: distensión y dolor abdominal, aerofagia, diarreas crónicas, náuseas, y se ha relacionado, incluso, con el síndrome del colon irritable”.

Dorothy Jackson

5-La terapia cognitivo-conductual, la cual consiste en modificar los pensamientos negativos en positivos haciéndolos por medio de procesos de pensamientos que lleven a la persona a reflexionar sobre su entorno o medio que le rodea.

Aarón Beck

HIPOTESIS

“Los niveles de depresión en los pacientes psicosomáticos que padecen trastornos intestinales, disminuirán con la terapia grupal cognitiva-conductual grupal de Aaron Beck “.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable Independiente:

Terapia cognitiva-conductual grupal: Todas aquellas acciones psicológicas encaminadas a lograr la estabilización emocional del individuo, que le permitirá el logro de su bienestar psíquico, social y físico. En la terapia cognitiva-conductual grupal, la cual consiste en que terapeuta y paciente trabajen juntos para descubrir y examinar cualquier interpretación inadaptativa, que pudiese agravar la depresión y condición general del paciente. Brindando experiencias que desmientan las conclusiones pesimistas obtenidas por errores de lógica, y que modifiquen sus esquemas negativos en forma positiva.

Variable Dependiente:

Niveles de depresión en pacientes psicosomáticos con trastornos gastrointestinales: Toda persona que se encuentran padeciendo trastornos gastrointestinales (gastritis, úlceras, colon irritable entre otros), cuya naturaleza somatizan y que desencadenan en padecimientos físicos, trae como consecuencia alteraciones emocionales como la depresión (tristeza, desesperación, ansiedad, miedo, sentimiento de culpa, inutilidad e impotencia, dificultad de concentración, pensamiento de muerte o suicidio e irritabilidad entre otros), situación que afecta sus esferas: personal, familiar, social y laboral.

CAPITULO II

TECNICAS E INSTRUMENTOS.

DESCRIPCION DE LA MUESTRA

Al Hospital de la Policía Nacional Civil asisten los pacientes a las diferentes clínicas de consulta externa para recibir tratamiento a sus diversas dolencias, sin embargo son referidos a la clínica psicológica para tratamiento psicológico. Nuestra muestra contó de 15 pacientes de 17 a 50 años, de diversos status social y de las diversas etnias guatemaltecas, de diferente posición económica y cultural, viven en áreas urbanas y urbano-rurales de la república de Guatemala y de escolaridad que va desde primaria a universitaria.

TECNICAS DE MUESTREO.

La selección de la muestra fue de tipo NO aleatorio ya que específicamente permitió incluir adolescentes y adultos que padecen algún trastorno gastrointestinal.

TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Se procedió a la observación, que incluyó a todos los miembros de la población. También se aplicó la encuesta que evaluó los síntomas estados depresivos como los trastornos gastrointestinales la cual fue llenada en la clínica psicológica del Hospital de la Policía Nacional Civil, también fue aplicado la escala de auto-medición de la depresión de Dr. William Zung, 1era fase, llenada en la clínica del referido Hospital, siguiendo la terapia cognitiva-conductual de Aarón Beck, a través de seminario-taller. Y por último fue la aplicación de la escala de auto-medición del Dr. William Zung 2da fase, así comprobar la efectividad de la terapia grupal de Aarón Beck.

TECNICA DE ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizó la representación grafica de resultados y la técnica de presentación de frecuencia y porcentaje debido a que nuestra investigación es de forma cuantitativa, así que se efectuaron la presentación de frecuencia y porcentaje para la medición de la depresión antes y después de la intervención, eso para establecer la efectividad de la terapia cognitiva-conductual de Aarón Beck en forma grupal a través de seminario-taller para comprobar que los niveles de depresión mejoraron significativamente después de la intervención.

INSTRUMENTOS.

Inicialmente se efectuó la guía de observación, después se realizó una encuesta individual de tipo informativa, la cual nos permitió el primer contacto con los pacientes, cuyo objetivo era motivar la participación de éstos, en el seminario-taller.

La escala de auto-medición de depresión la que desarrolló el Dr. William Zung, la cual permite conocer los síntomas depresivos que presentan los pacientes.

DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

Cada afirmación muestra una característica específica del cuadro depresivo, a un lado de las afirmaciones hay cuatro columnas de respuesta que corresponden a:

Muy pocas veces

Algunas veces

La mayor parte del tiempo

Continuamente.

Una vez obtenida la totalidad de respuestas, se califican con una clave, otorgándole un punteo bruto, que luego se relaciona con un índice porcentual que marca en una escala los diferentes niveles de depresión así:

Menos de 50: dentro de lo normal sin patología.

De 50 a 59: presencia de cuadro depresivo de mínima a leve.

De 60 a 69: presencia de cuadro depresivo de moderada a notable.

De 70 a más: presencia de cuadro depresivo de severa a extrema.

Al finalizar el seminario taller se evaluó a los pacientes con la misma escala permitiendo comparar y visualizar los resultados obtenidos en el manejo de los estados depresivos que manifestaba los pacientes con algún trastorno gastrointestinal antes, durante y después los mismos.

Para concluir, podemos decir que se pudo observar y estudiar de manera directa, los cambios conductuales de los pacientes con trastornos gastrointestinales, cuyos beneficios se vieron plasmados en la disminución de la sintomatología depresiva y llenar de esta manera, el objetivo fundamental del tratamiento psicoterapéutico.

CAPITULO III

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

INFORMACIÓN GENERAL DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.

La investigación se realizó en forma cuantitativa, utilizando para ello, la presentación de frecuencias y porcentaje en relación al instrumento (E. A. M. D.) apoyado por el cuadro comparativo respectivo, y el polígono de frecuencia (antes y después). Se evaluaron a los pacientes psicosomáticos que son referidos a la clínica de Psicología del Hospital de la Policía Nacional Civil, permitiendo comparar los resultados obtenidos en el manejo de los estados depresivos. Podemos decir que se pudo observar de manera directa, los cambios conductuales de los pacientes psicosomáticos con trastornos gastrointestinales, cuyos beneficios se vieron plasmados en la disminución de la sintomatología depresiva y llenar de esta manera, el objetivo fundamental del tratamiento psicoterapéutico, se evaluaron para ello 15 pacientes beneficiarios de 17 a 50 años, de ambos sexos, de diferentes niveles intelectuales, económicos y socioculturales. La técnica de muestreo fue: no aleatorio aplicando anteriormente una guía de observación en forma individual, además se aplicó la encuesta, también en forma individual, usando para ello la clínica de psicología de Hospital de la Policía Nacional Civil la cual evalúa la descripción de los síntomas de los pacientes. Posteriormente a la realización del seminario-taller, se aplicó la escala de auto-medición de la depresión (E. A. M. D.) del Dr. William Zung, antes y después para verificar la efectividad de la terapia cognitiva-conductual de Aarón Beck a través de seminario-taller, que indaga el nivel de depresión del paciente psicosomático.

1-TABLA Y GRAFICA

Tabla No. 1

Se refiere a los datos generales de las 15 personas que participaron en la terapia cognitivo-conductual a través de seminario-taller, para conocer la depresión y como incide en los trastornos gastrointestinales. Encontrando las edades que oscilan entre los 17 y 50 años, siendo esta edad donde la persona presenta algún nivel de depresión debido a las diferentes situaciones de la vida cotidiana. De ambos sexos, siendo estos el masculino y femenino, observando que en el estado civil figuran los siguientes: casados, solteros, divorciados y viudos. Por último contamos con la escolaridad, siendo las mismas: primaria, básica, diversificada y universitaria. Finalmente vemos que la mayoría de las personas sufren o han sufrido de algún nivel de depresión lo que a veces somatizan a través de los diferentes trastornos gastrointestinales.

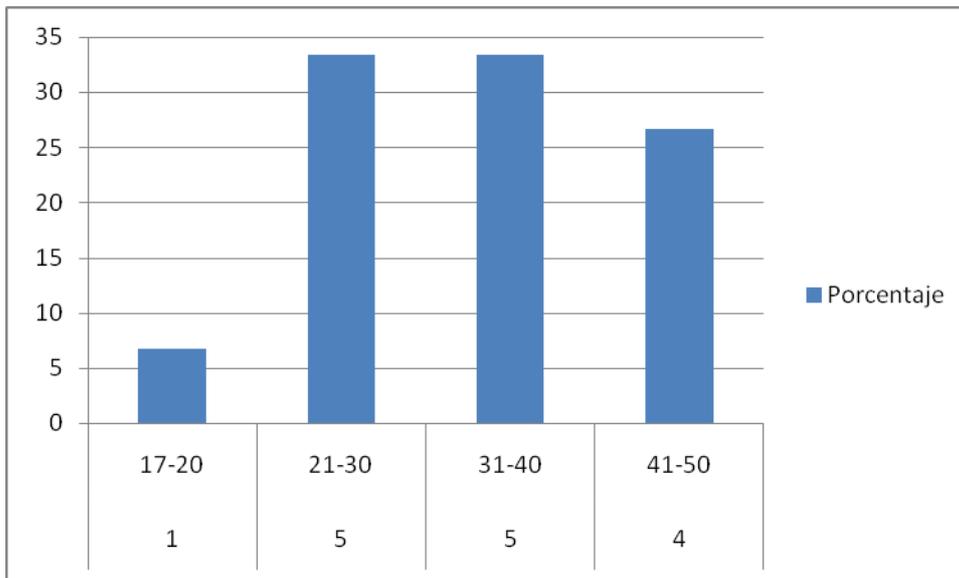
TABLA No. 1

EDAD %	No	SEXO %	No	ESTADO CIVIL %	No	ESCOLARIDAD	No
17-20	1	MASC.	4	CASADO	5	PRIMARIA	4
6.67%		26.67%		33.33%		26.67%	
21-30	5	FEM.	11	SOLTERO	7	BASICA	5
33.33%		73.33%		46.67%		33.33%	
31-40	5			DIVORCIADO	2	DIVERSIFICADO	5
33.33%				13.33%		33.33%	
41-50	4			VIUDO	1	UNIVERSITARIA	1
26.67%				6.67%		6.67%	
TOTAL							
100.00%	15	100.00%	15	100.00%	15	100.00%	15

FUENTE: Encuesta realizada a 15 personas participantes en la terapia cognitivo-conductual.

Observamos que en relación a las edades, las cuales oscilan entre 17 a 20 años, contando con una persona de esa edad que da un porcentaje del 6.67%, de 21 a 30 años con 5 personas que da un 33.33%, que al igual de 31 a 40 años son de 5 personas con el 33.33%, finalmente contamos con la edad de 41 a 50 años que nos da un porcentaje del 26.67% lo que equivale a 4 personas para un total de 15 personas con un 100%

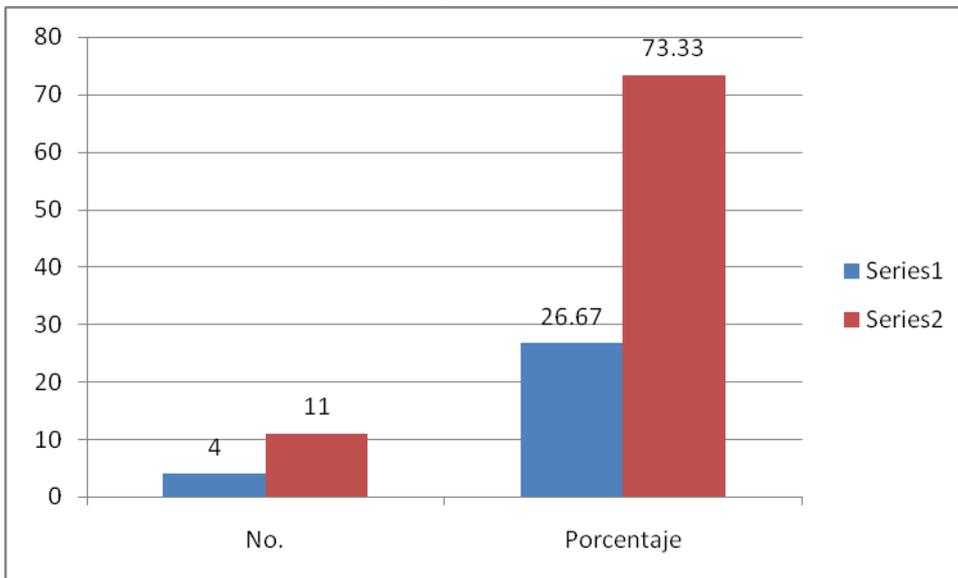
GRAFICA No. 1
EIDADES DE LA MUESTRA



FUENTE: Encuesta realizada a 15 personas participantes en la terapia cognitivo-conductual.

Vemos que con relación al sexo, el cual el mayor es el femenino con 11 personas que dan un porcentaje del 73.33%, con el 26.67% del sexo masculino

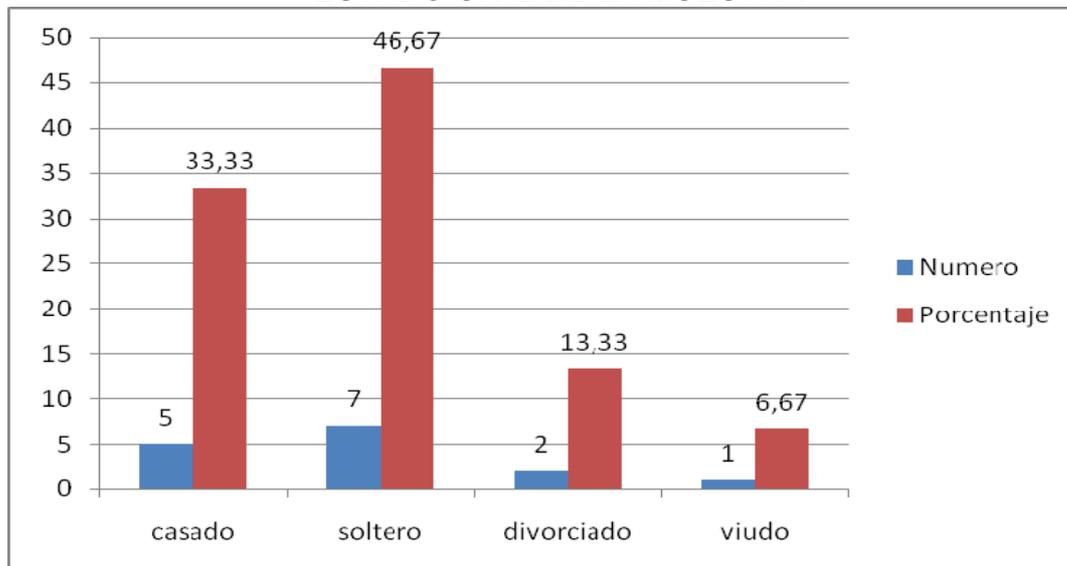
GRAFICAS No. 1
SEXO DE LA MUESTRA



FUENTE: Encuesta realizada a 15 personas participantes en la terapia cognitivo-conductual.

Observamos con relación al estado civil que 5 personas son casadas los cuales dan un porcentaje de 33.33%, predominando los solteros con 7 personas con un porcentaje de 46.67%, seguidamente con 2 personas divorciadas que dan un porcentaje del 13.33%, y finalmente contamos con los viudos que suman 1 con un porcentaje del 6.67%, para un total del 15 personas con un porcentaje del 100%.

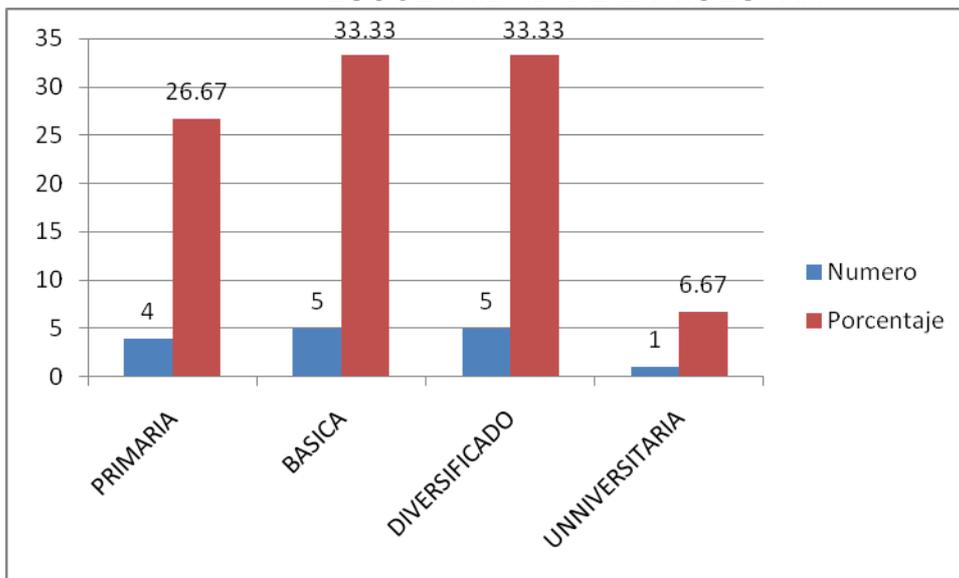
GRAFICA No 1
ESTADO CIVIL DE LA MUESTRA



FUENTE: Encuesta realizada a 15 personas participantes en la terapia cognitivo-conductual.

Se observa que en relación a escolaridad, el cual se cuenta con el nivel primaria encontrando que en este nivel hay 4 personas que dan un porcentaje de 26.67%, seguidos de un 33.33% del nivel básico un total de 5 personas, contando además con el nivel diversificado con un total de 5 personas para un porcentaje de 33.33%, y finalmente tenemos que solo el 6.67% son del nivel universitario lo que equivale a 1 persona, para un total de 15 personas con un porcentaje del 100%

GRAFICA No 1
ESCOLARIDAD DE LA MUESTRA



FUENTE: Encuesta realizada a 15 personas participantes en la terapia cognitivo-conductual.

DIAGNOSTICOS INICIALES

DIAGNOSTICO GENERAL

CASO	EDAD	DX MEDICO	DIAGNOSTICO	DX PSIC.
1	17	Gastritis	Neurosis	Depresión
2	23	Gastritis	Neurosis	Depresión
3	24	Gastritis	Neurosis	Depresión
4	24	Aerofagia	Neurosis	Depresión
5	27	Úlcera Gástrica	Neurosis	Depresión
6	29	Aerofagia	Neurosis	Depresión
7	31	Úlcera Péptica	Neurosis	Depresión
8	34	Dispepsia	Neurosis	Depresión
9	35	Gastritis	Neurosis	Depresión
10	40	Aerofagia	Neurosis	Depresión
11	40	Dispepsia	Neurosis	Depresión
12	45	Gastritis	Neurosis	Depresión
13	46	Disfagia	Neurosis	Depresión
14	50	Aerofagia	Neurosis	Depresión
15	50	Úlcera Péptica	Neurosis	Depresión

FUENTE: Diagnostico médico-psicológico.

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESION
TABLA Y GRAFICA No 2**

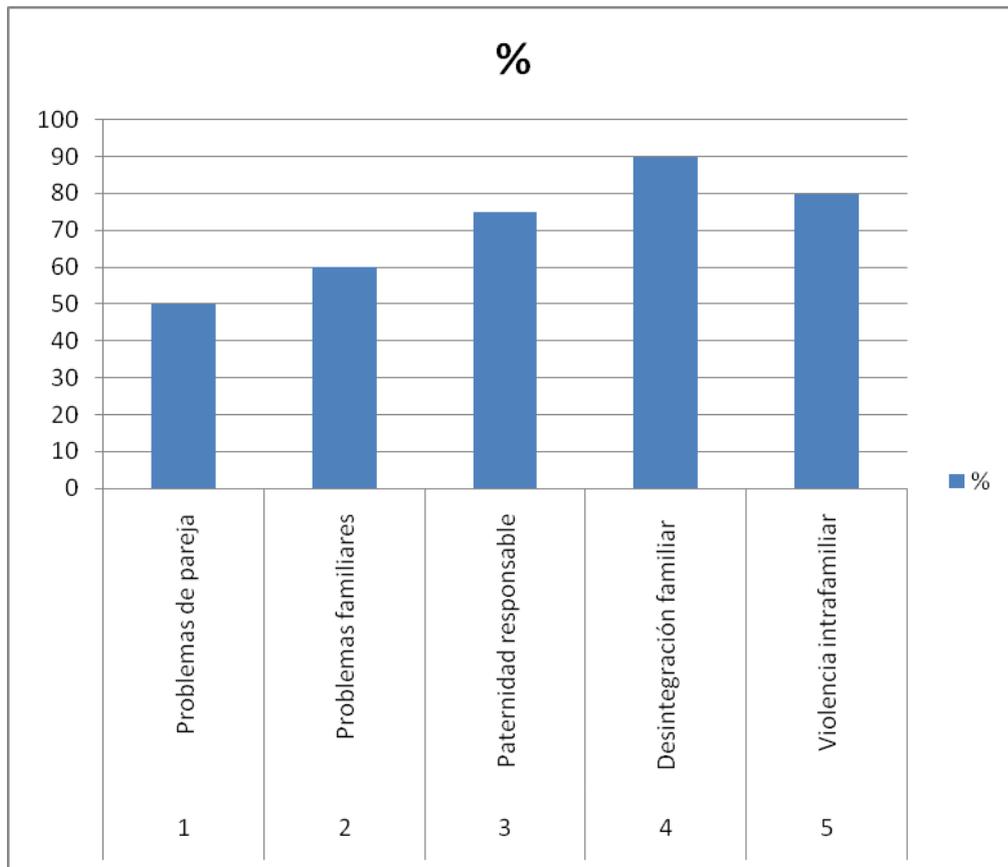
Contiene los datos obtenidos en base a la aplicación de la Guía de observación respecto a los factores que influyen a la depresión. Y como podemos observar las proporciones oscilan entre 50 y 90% lo que demuestra que la mayoría de las personas entrevistadas sufren trastornos emocionales que desencadenan en algún grado de depresión. Como podemos observar el puntaje más críticos son de desintegración familiar y violencia intrafamiliar este último por abuso físico, verbal, y emocional. De acuerdo a los puntajes obtenidos podemos decir que la muestra nos muestra un índice de depresión, mostrando niveles altos de la misma (depresión), que somatizan al momento de asistir a la clínica de consulta externa y que son referidas a la clínica psicológica para el apoyo emocional.

TABLA No 2

No.	FACTORES	%
1	Problemas de pareja	50
2	Problemas familiares	60
3	Paternidad irresponsable	75
4	Violencia intrafamiliar	80
5	Desintegración familiar	90

GRAFICA No. 2

Vemos que los porcentajes más altos se dan en la desintegración familiar y en la violencia intrafamiliar, seguido de la paternidad responsable, y de los diferentes problemas de familiares y de pareja.



FUENTE: Guía de observación en la terapia cognitivo-conductual.

CUADRO COMPARATIVO

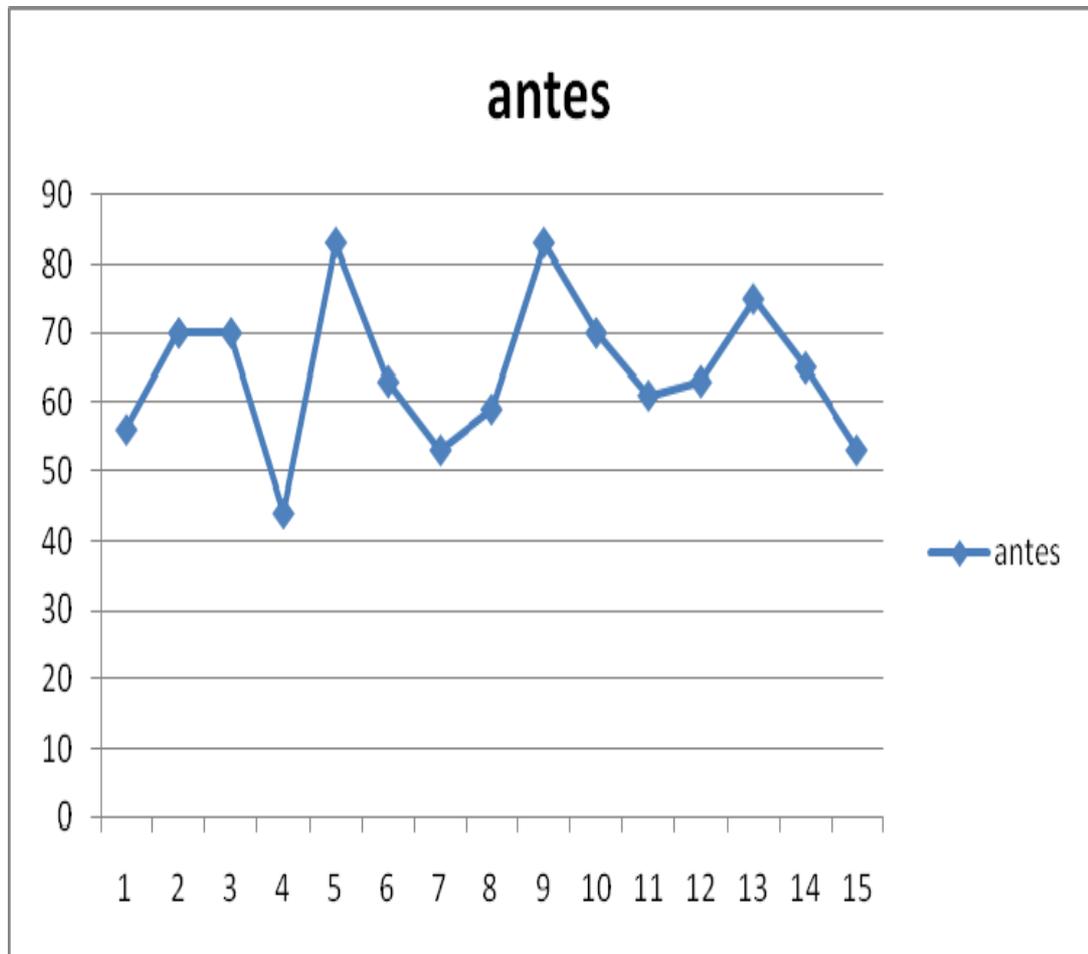
TABLA No 3

TABLA DE PRESENTACION DE RESULTADOS ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION DE LA TERAPIA COGNITIVO-.CONDUCTUAL

Con estos resultados se puede observar que la terapia cognitivo-conductual tiene efectividad para bajar los niveles de depresión.

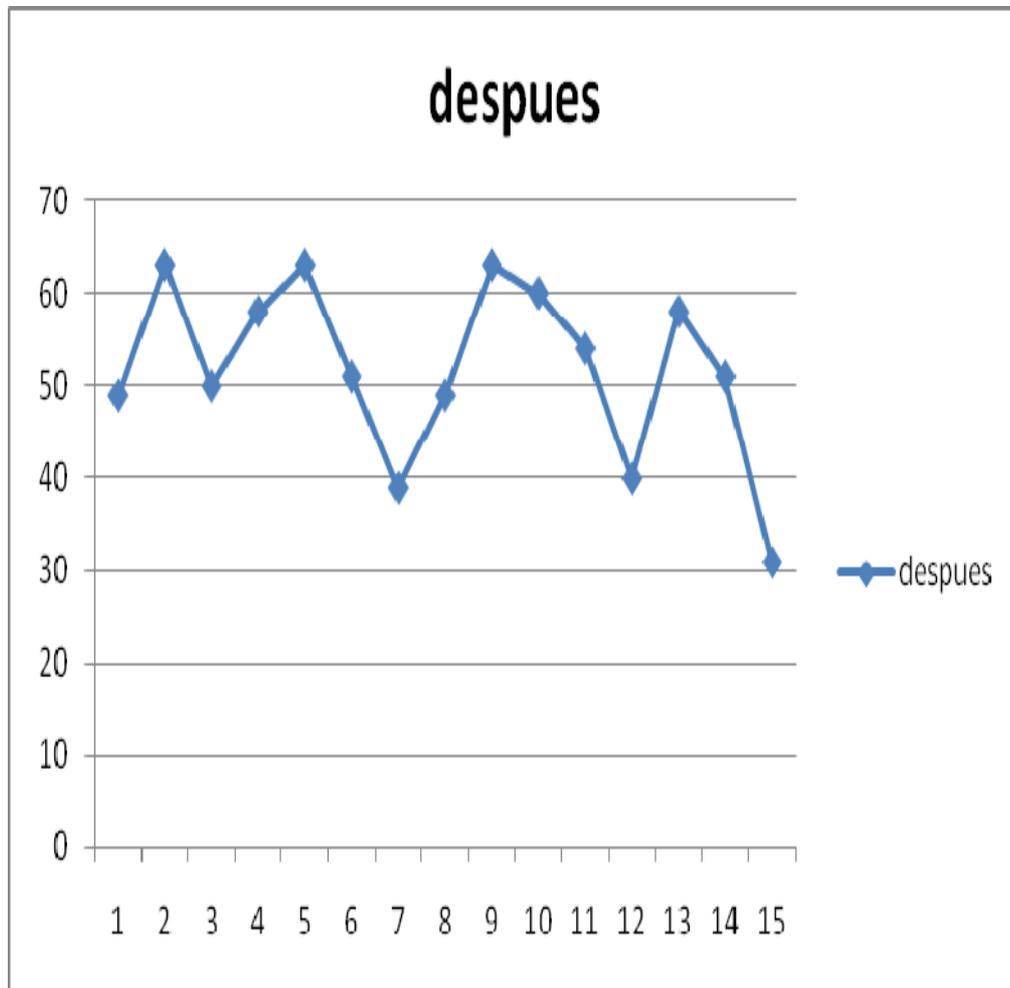
CASO	ANTES	DESPUES	DIFERENCIA
1	56	49	-7
2	70	63	-7
3	70	50	-20
4	44	58	14
5	83	63	-20
6	63	51	-12
7	53	39	-14
8	59	49	-10
9	83	63	-20
10	70	60	-10
11	61	54	-7
12	63	40	-23
13	75	58	-17
14	65	51	-14
15	53	31	-22
PROMEDIO	64.53	51.93	-12.60

GRAFICA No. 3
POLIGONO DE FRECUENCIA
PRESENTACION DE RESULTADOS DEL CUADRO COMPARATIVO
ANTES DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL



FUENTE: Tabla de presentación de resultados.

GRAFICA No. 3
POLIGONO DE FRECUENCIA
PRESENTACION DE RESULTADOS DEL CUADRO COMPARATIVO
DESPUES DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL



FUENTE: Tabla de presentación de resultados.

TABLA No. 4
TABLA DE PRESENTACION DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES EN RELACION AL INSTRUMENTO (EAMD)

PRUEBA ANTES DE PSICOTERAPIA (MES DE ABRIL)

	Muy pocas veces	Algunas Veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente	Total
1) Me siento abatido y melancólico	2 (13.33%)	5(33.33%)	5(33.33%)	3(20.00%)	15(100%)
2)En la mañana me siento mejor	4(26.67%)	7(46.67%)	3(20.00%)	1(6.67%)	15(100%)
3)Tengo acceso de llanto	5(33.33%)	2(13.33%)	5(33.33%)	3(20.00%)	15(100%)
4)Me cuesta dormir	3(20.00%)	5(33.33%)	4(26.67%)	3(20.00%)	15(100%)
5)Como igual que antes	8(53.33%)	5(33.33%)	2(13.33%)	0(0%)	15(100%)
6)Todavía disfruto las relaciones sexuales	3(20.00%)	4(26.67%)	4(26.67%)	4(26.67%)	15(100%)
7)Noto que estoy perdiendo peso	7(46.67%)	1(6.67%)	4(26.67%)	3(20.00%)	15(100%)
8)Tengo molestias de constipación	9(60.00%)	2(13.33%)	3(20.00%)	1(6.67%)	15(100%)
9)El corazón me late más a prisa	4(26.67%)	5(33.33%)	4(26.67%)	2(13.33%)	15(100%)
10)Me canso sin hacer nada	4(26.67%)	1(6.67%)	5(33.33%)	5(33.33%)	15(100%)
11)Tengo la mente tan clara como antes	9(60.00%)	1(6.67%)	5(33.33%)	0(0%)	15(100%)
12)Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro	3(20.00%)	6(40.00%)	4(26.67%)	2(13.33%)	15(100%)
13)Me siento intranquilo y no puedo quedarme quieto	3(20.00%)	4(26.67%)	3(20.00%)	5(33.33%)	15(100%)
14)Tengo esperanza en el futuro	4(26.67%)	4(26.67%)	2((13.33%)	5(33.33%)	15(100%)
15)Estoy más irritable de lo normal	5(33.33%)	5(33.33%)	2(13.33%)	3(20.00%)	15(100%)
16)Me resulta fácil tomar decisiones	8(53.33%)	3(20.00%)	2(13.33%)	2(13.33%)	15(100%)
17)Siento que soy útil y necesario	3(20.00%)	6(40.00%)	1(6.67%)	5(33.33%)	15(100%)
18)Mi vida tiene bastante interés	5(33.33%)	3(20.00%)	3(20.00%)	4(26.67%)	15(100%)
19)Creo que haría un favor muriéndome	7(46.67%)	2(13.33%)	2(13.33%)	4(26.67%)	15(100%)
20)Todavía disfruto de las mismas cosas	3(20.00%)	9(60.00%)	0(0%)	3(20.00%)	15(100%)

FUENTE: Escala de auto-medición de la depresión realizada a 15 personas participantes en la terapia cognitivo- conductual.

TABLA No. 4

TABLA DE PRESENTACION DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES EN RELACION AL INSTRUMENTO (EAMD)

PRUEBA DESPUES DE PSICOTERAPIA (MES DE JULIO)

	Muy pocas veces	Algunas Veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente	Total
1) Me siento abatido y melancólico	4(26.67%)	9(60.00%)	2(13.33%)	0(0%)	15(100%)
2)En la mañana me siento mejor	0(0%)	4(26.67%)	10(66.67%)	1(6.67%)	15(100%)
3)Tengo accesos de llanto	6(40.00%)	6(40.00%)	3(20.00%)	0(0%)	15(100%)
4)Me cuesta dormirme	3(20.00%)	9(60.00%)	3(20.00%)	0(0%)	15(100%)
5)Como igual que antes	0(0%)	6(40.00%)	9(60.00%)	1(6.67%)	15(100%)
6)Todavía disfruto las relaciones sexuales	1(6.67%)	4(26.67%)	7(46.67%)	3(20.00%)	15(100%)
7)Noto que estoy perdiendo peso	6(40.00%)	3(20.00%)	5(33.33%)	1(6.67%)	15(100%)
8)Tengo molestias de constipación	7(46.67%)	6(40.00%)	3(20.00%)	0(0%)	15(100%)
9)El corazón me late a prisa	6(40.00%)	6(40.00%)	3(20.00%)	0(0%)	15(100%)
10)Me canso sin hacer nada	3(20.00%)	7(46.67%)	5(33.33%)	0(0%)	15(100%)
11)Tengo la mente tan clara como antes	0(0%)	10(66.67%)	2(23.33%)	3(20.00%)	15(100%)
12)Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro	0(0%)	4(26.67%)	6(40.00%)	5(33.33%)	15(100%)
13)Me siento intranquilo y no puedo quedarme quieto	5(33.33%)	5(33.33%)	4(26.67%)	1(6.67%)	15(100%)
14)Tengo esperanza en el futuro	0(0%)	3(20.00%)	8(53.00%)	4(26.67%)	15(100%)
15)Estoy más irritable de lo normal	3(20.00%)	5(33.33%)	7(46.67%)	0(0%)	15(100%)
16)Me resulta fácil tomar decisiones	1(6.67%)	6(40.00%)	5(33.33%)	3(20.00%)	15(100%)
17)Siento que soy útil y necesario	1(6.67%)	5(33.33%)	5(33.33%)	4(26.67%)	15(100%)
18)Mi vida tiene bastante interés	0(0%)	5(33.33%)	5(33.33%)	5(33.33%)	15(100%)
19)Creo que haría un favor muriéndome	5(33.33%)	6(40.00%)	1(6.67%)	3(20.00%)	15(100%)
20)Todavía disfruto de las mismas cosas	1(6.67%)	5(33.33%)	1(6.67%)	3(20.00%)	15(100%)

FUENTE: Escala de auto-medición de la depresión realizada a 15 personas participantes en la terapia cognitivo-conductual.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1) La depresión afecta a las personas productivas y potencialmente sanos; la misma tiene un pronóstico de recuperación, sin embargo se trata de una sicopatología con un alto índice de somatización.

2) Se observó que las personas que conformaron la muestra se clasificaron según la institución donde se efectuó el trabajo como paciente de consulta externa; sin embargo el haberles aplicado el test del Dr. Zung, se estableció que había un grupo que según esta escala, pertenecía a enfermos deprimidos ambulatorios y otros que requerían hospitalización.

3) Se pudo comprobar, la relación entre lo orgánico y lo psíquico a través de la descripción donde se observa que hay relación entre la depresión y los trastornos gástricos, donde se deduce que la problemática depresiva se canaliza a través de las somatizaciones gastrointestinales.

4) La depresión es el síntoma más predominante en la problemática individual del paciente con trastornos gastrointestinales.

5) Se comprobó a través del trabajo de investigación que el paciente con trastornos gastrointestinales experimenta trastornos emocionales en su personalidad, siendo la más significativa: la depresión.

RECOMENDACIONES

1) La realización de campañas divulgativas y de promoción donde se le haga comprender a las personas necesitadas, los beneficios de la asesoría psicológica, donde se haga énfasis que la problemática psicopatológica presenta pronósticos favorables cuando es evaluada, diagnosticada y tratada desde el principio.

2) Aplicar el tratamiento de psicoterapia grupal formando varios grupos de pacientes, trabajándolos simultáneamente para comprobar la efectividad de la misma.

3) Habilitar al psicólogo practicante en el conocimiento y la práctica de las diferentes corrientes psicológicas y específicamente en la metodología y técnicas de la psicoterapia, para que conociéndolas a profundidad pueda utilizarlas en forma eficiente en la práctica profesional.

4) Utilizar la motivación como parte de la psicoterapia para reducir la depresión en los pacientes con trastornos gastrointestinales.

5) Que el estudiante de psicología busque el conocimiento científico en forma autodidacta para complementar su formación profesional; además de la implementación informativa que reciben en la escuela de psicología.

BIBLIOGRAFIA

1-Beck, Aaron Terapias conductuales. 2da edición. Editorial Océano. España. 1985. Pp. 222.

2-Burton, Roberto. Anatomía de la melancolía. 2da edición. Editorial Trillas. México. 1988. Pp. 1010.

3-Cuelly, José y otros. Teoría de la personalidad. 3era edición. Editorial Trillas. México. 1977. Pp. 520.

4-F, Alexander. Medicina Psicosomática. 3era edición. Editorial Trillas. México. 1950. Pp. 560.

5-Friedrich, Dorch. Diccionario de psicología. 2da edición. Editorial Harder. España. 1977. Pp. 680.

6-Gayton, Arturo. Tratado de fisiología médica. 3ra edición. Editorial Interamericana. España. 1967. Pp. 950.

7-Gispert, Carlos y otros. Enciclopedia de psicología tomo 6. 2da edición. Editorial Océano. España. 1982. Pp. 620.

8-Hammerly A. Marcelo. Enciclopedia médica moderna. 4ta edición. Editorial Trillas. México. 1972. Pp. 920.

9-Imaz E. Alatorre A. Diccionario de psicología. 3era edición. Editorial Fondo de cultura económica. México. 1976. Pp. 384.

10-Klein, Melanie. Emociones básicas del hombre. 1era edición. Editorial Home. Argentina.1969. Pp. 320.

11-Lawrence, kolb C. Psicología moderna 2da edición. Editorial Prensa médica moderna. México. 1973. Pp. 220.

12-Merani, Alberto L. Diccionario de psicología. 3era edición. Editorial Grijalva. México. 1979. Pp. 876.

13-Monzón, García, Samuel. Introducción al proceso de la investigación científica. 3ra edición. Editorial Trillas. México. Pp. 1400.

14-Papalía, Diane E. Psicología del desarrollo. 2da edición. Editorial Mc. Graw. Hill. México. 1985. 680.

15-Rojas, Enrique. Psicopatología de la depresión. 4ta edición. Editorial Salvat. España. 1979. Pp. 301.

16-Triola F, Mario. Estadística. 9na edición. Editorial Mexicana. México. 1986.
Pp. 830.

17-Warren, Howard C. Diccionario de psicología. 3era edición. Editorial Fondo
de cultura económica. México. 1996. Pp. 383.

18-Willie, Claude A. biología. 7ma edición. Editorial Interamericana. México.
1977. 803.

anexos

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
ENCUESTA

EDAD_____SEXO_____ESTADO CIVIL_____
ESCOLARIDAD_____

Instrucciones: A continuación se le hacen 10 preguntas, responda con suma sinceridad al entrevistador las mismas:

1-Se ha sentido usted últimamente triste y molesto si___no___

2-Tiene usted buen apetito si___no___

3-Ha pensado usted que la vida no vale la pena si___no___

4-Padece usted de acidez estomacal si___no___

5-Tiene usted frecuentemente dolores de cabeza si___no___

6-A tenido usted últimamente diarrea si___no___

7- A estado últimamente usted malhumorado (mal humor) si___no___

8-A sentido usted ganas de vomitar si___no___

9-Sufre usted frecuentemente de estreñimiento si___no___

10-A tenido ganas de llorar sin motivo si___no___

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

GUIA DE OBSERVACION

TEMA	CRITERIO DE ELABORACIÓN	CRITERIO DE EVALUACION
1-Aspecto personal higiene y vestuario	nivel de autoestima	limpio-bueno bien vestido-bueno mal vestido y sucio-malo
2-Iniciativa	motivación	mucho-bueno-poco
3-Estado de animo	motivación	entusiasmo dedicación-B entusiasmo dedicación-R entusiasmo dedicación M
4-Relación interpersonal	factores que influyen en la motivación	siempre-bueno algunas veces-regular nunca-malo
5-Participación		siempre-bueno algunas veces-regular nunca-malo

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A TRVES DE SEMINARIO-TALLER

Objetivos	Actividades	Proceso	Recursos	Tiempo de Ejecución	Responsables
Conocer la importancia y las causas de la depresión	Exposición lluvias de ideas	Anotarlos en el pizarrón comentarios	pizarrón marcadores	lunes 2 hrs martes 2 hrs mier. 2 hrs jueves 2 hrs viernes 2 hrs	Rony Álvarez Celia Ordoñez
FACTORES químicos hormonales genéticos psicosociales					
que es el estrés	Exposición participación dinamica	Comentarios Aportaciones de los participantes	pizarrón marcadores participantes	lunes 2 hrs viernes 2 hrs	Rony Álvarez Celia Ordoñez
que es la ansiedad	Exposición lluvias de ideas	Comentarios en grupo puesta en común	pizarrón marcadores participantes	lunes 2 hrs viernes 2 hrs	Rony Álvarez Celia Ordoñez
síntomas de Psico-fisiológicos de los Trastornos Gastrointestinales	Exposición lluvias de ideas	comentarios de grupo anotarlos en el pizarrón	pizarrón marcadores participantes	lunes 2 hrs viernes 2 hrs	Rony Alvarez Celia Ordoñez
Importancia de la t .c .c. en pacientes con algún trastorno psi co-fisiológico	Exposición preguntas de los partici- pantes	comentarios en grupo puesta en común	pizarrón marcadores particiantes	lunes 2 hrs viernes 2 hrs	Rony Alvarez Celia Ordoñez
Reafirmar lo vivido, para ponerlos en práctica en la vida cotidiana. Hacer una evaluación de los resultados	preguntas a los partici- pantes	aportaciones de respues- tas, comenta- rios y despe- dida	participación individual	lunes 2 hrs mier. 2 hrs viernes 2 hrs	Rony Alvarez Celia Ordoñez

RESUMEN

En el estudio se indago ¿Cual es el nivel de la depresión en el paciente psicosomático que padecen algún trastorno gastrointestinal y que asiste al Hospital de la Policía Nacional Civil? y ¿como mejorarían los síntomas depresivos con la terapia cognitivo-conductual en forma grupal de Aaron Beck a través de seminario-taller? La muestra fue de tipo no aleatoria, identificando a 15 pacientes de ambos sexos, entre las edades de 17 a 50 años y con el objetivo de conocer la efectividad de la referida terapia, cuyos resultados fueron satisfactorios, los cuales se obtuvieron con la aplicación de la escala de Auto-Medición de la depresión, obteniendo antes de la terapia un puntaje promedio de 64.53 y después de la terapia se obtuvo un puntaje igual a 51.93 siendo la diferencia del -12.60. La investigación se llevó a cabo con pacientes que asisten a la consulta externa y que son referidos a la clínica de psicología, presentando algún trastorno gastrointestinal, acompañado de tristeza, desesperación y miedo entre otros, lo que hace evidente los diferentes estados depresivos existentes. Antes de la terapia mencionada se aplicaron la guía de observación y de la encuesta que tuvieron como fin indagar sobre los estados depresivos previos, así como los diferentes trastornos gastrointestinales. Observando que los resultados obtenidos en las pruebas son satisfactorias. Entonces se concluye y confirma las expectativas esperadas y se recomienda seguir mejorando las técnicas de esta terapia para futuras investigaciones.