



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRA Y CIENCIAS DE LA EDUCACION

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

PSICÓLOGO CLÍNICO

TEMA:

INCIDENCIA DE CO-MORBILIDAD MENTAL EN UN GRUPO DE PERSONAS
CON CAPACIDADES DIFERENTES QUE RESIDEN EN UNA POBLACIÓN
RURAL DEL CANTÓN SÍGSIG.

AUTOR: PABLO VICENTE URGILÉS SAMANIEGO.

DIRECTOR DE LA TESIS.

DOCTOR: PATRICIO CABRERA ORELLANA.

CUENCA - ECUADOR.

2014.

DEDICATORIA

A

Mis padres Luis Martín Urgilés y Elvira de Jesús Samaniego, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en mi educación tanto académica como espiritual; por su incondicional apoyo, perfectamente mantenido a través de los años; por ser el ejemplo de perseverancia y constancia que los caracteriza y que me han infundado siempre, por el valor mostrado para alcanzar mis metas y por su amor; por la motivación constante que me ha permitido Ser una persona de bien, pero nada más que por su amor, paciencia y ejemplo en todo lo que hacen y son.

Pablo Urgilés Samaniego

AGRADECIMIENTO.

A

Dios por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente a través de su Santo Espíritu, y a todos mis seres queridos, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, y por haber puesto en mí camino aquellas personas que han sido mi soporte y mi compañía durante todo el periodo de estudio y permitido llegar hasta este punto y haberme regalado el don maravilloso de la vida, salud, sabiduría e inteligencia, y sobre todo la FE para lograr mis objetivos y metas.

Pablo Urgilés Samaniego

Índice de Contenidos.

Dedicatoria	I
Agradecimientos	II
Índice de Contenidos	III
Resumen	V
Abstract.....	VI
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1: Definición de la Discapacidad	2
Estimaciones elevadas de la prevalencia de las Personas con Discapacidad.	3
La prevalencia de las Personas con Discapacidad en el Ecuador.....	3
Características de las personas con discapacidad	9
Tipos de discapacidad	13
Modelos teóricos e investigación en el ámbito de la discapacidad, hacía la incorporación de la experiencia personal	14
Conceptualización de la discapacidad	15
La concepción de la discapacidad como condición individual	16
Perspectivas sociopolíticas	16
El movimiento de las personas con discapacidad. El modelo social de discapacidad ...	20
Críticas, aportaciones, reformulaciones y avances. Retos y desarrollos del modelo social de discapacidad	22
Caminos y desafíos del presente y futuro	25

Diferenciación entre discapacidades y alteraciones mentales.....	27
¿Qué diferencia hay entre una enfermedad mental y discapacidades?	27
Principales enfermedades mentales	29
CAPÍTULO 2: Lugar, ambiente y estados de ánimo de las personas	
con discapacidad y los resultados de los test	33
Resultado de los test aplicados	34
Inventario de Beck	35
Estado de Ansiedad de Hamilton	38
Test Audit y Cage	42
Test de Adaptación Laboral	46
CAPÍTULO 3: Conclusiones y Recomendaciones	54
Inventario de Beck. Detectar la incidencia de desórdenes depresivos	
en las personas con discapacidad	54
Estado de Ansiedad de Hamilton. Manifiestar la incidencia de desórdenes	
de ansiedad en las personas con discapacidad	54
Test Audit y Cage. Detectar el uso de sustancias nocivas	
(consumo de alcohol) en las personas con discapacidad	55
Adaptación Laboral. Detectar los trastornos de adaptación en las personas	
con discapacidad	55
Recomendaciones	57
Bibliografía	59
Índice de Anexos	64

RESUMEN.

El presente trabajo de indagación investigó la co-morbilidad psiquiátrica de una población portadora de diversos tipos de discapacidad. El estudio se realizó en el total de personas con discapacidad según registros del INEC en una zona rural del cantón Sígsig, la misma que registra altos índices de pobreza, marginalidad, consumo de alcohol y migración. Los hallazgos arrojaron una comorbilidad mayor con desórdenes afectivos, desórdenes de ansiedad y consumo de alcohol en las personas con discapacidad, siendo necesario tener una futura intervención. Este trabajo recopiló los datos que servirán de punto de partida a intervenciones psicosociales en aquellos grupos que lo requieran por parte de otros investigadores.

ABSTRACT

This research work investigated the psychiatric co-morbidity of a carrier population of various disabilities. The study was performed on the total population of disabled people according to the INEC (National Statistics and Census Institute) records in a rural location in the Canton of Sigsig, which registers high rates of poverty, marginalization, alcohol consumption and migration. The findings showed a higher co-morbidity with affective disorders, anxiety disorders and alcohol consumption in disabled people, being necessary to have a future intervention. This study compiled data that will serve as a starting point for psychosocial interventions to be done by other researchers in the groups that require it.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN.

En nuestro medio existe una gran cantidad de personas con discapacidad, se estima que de los 2.351 habitantes de la parroquia rural San José de Raranga del cantón Sígsig, 150 personas de la comunidad, tienen algún tipo de discapacidad física, intelectual y sensorial que equivale al 7% de la población que necesita ser intervenida (CEPAL/CELADE Redatam + SP, 2011).

La comorbilidad de discapacidad y problemas mentales es frecuente, sin embargo, se desconoce su incidencia en poblaciones de nuestro medio, más aún de aquella proveniente de un medio rural. Este trabajo pretende recopilar estos datos que servirán de punto de partida a intervenciones psicosociales en aquellos grupos que lo requieran por parte de otros investigadores.

CAPÍTULO 1.

Definición de Discapacidad

Discapacidad y salud. Según la OMS en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM publicada en 1980), una discapacidad "es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano."

Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down, depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado).

De acuerdo a la OMS la deficiencia intelectual es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto, caracterizado por el deterioro de las funciones cognitivas, afectando a nivel global la inteligencia y sus funciones del lenguaje, la motricidad y la socialización (MIES pág. 9).

Datos y cifras a nivel mundial. Se calcula que más de mil millones de personas es decir, un 15% de la población mundial—están aquejadas por la discapacidad en alguna forma. Tienen dificultades importantes para funcionar entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) de personas mayores de 15 años.

Eso no es todo, pues las tasas de discapacidad están aumentando debido, en parte, al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas; las tasas de discapacidad están aumentando a causa del envejecimiento de

la población y el aumento de las enfermedades crónicas, entre otras causas. Las personas con discapacidad tienen menos acceso a los servicios de asistencia sanitaria y, por lo tanto, necesidades insatisfechas a este respecto (OMS).

Estimaciones elevadas de la prevalencia de las Personas con Discapacidad

Según la Encuesta Mundial de Salud, cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%). La Encuesta Mundial de Salud señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la Carga Mundial de Morbilidad cifra en 190 millones (3,8%) las personas con una “discapacidad grave” (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejía, depresión grave o ceguera). Solo la Carga Mundial de Morbilidad mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen “discapacidad grave”.

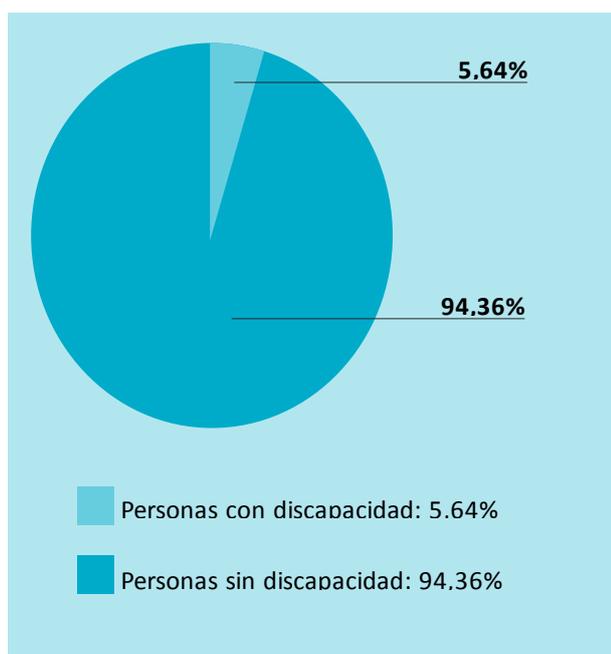
La prevalencia de las Personas con Discapacidad en el Ecuador

La prevalencia de discapacidad en el Ecuador es 5,64%, siendo la Físico-Motora la más frecuente, con una distribución escasamente superior en el área rural y una concentración mayoritaria en las provincias de Guayas, Pichincha y Manabí; afecta más a las mujeres que a los hombres.

La prevalencia de discapacidad se incrementa con la edad, en el adulto mayor es 4 veces mayor que la prevalencia general. La cuarta parte de las personas con

discapacidad no trabajan, 2 de cada diez no han recibido ningún tipo de instrucción formal y el 19% cuentan con algún tipo de seguridad social.

GRÁFICO N°1. PREVALENCIA NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD EN ECUADOR 2010.



Fuente: INEC 2010 Elaboración: Ortiz J.

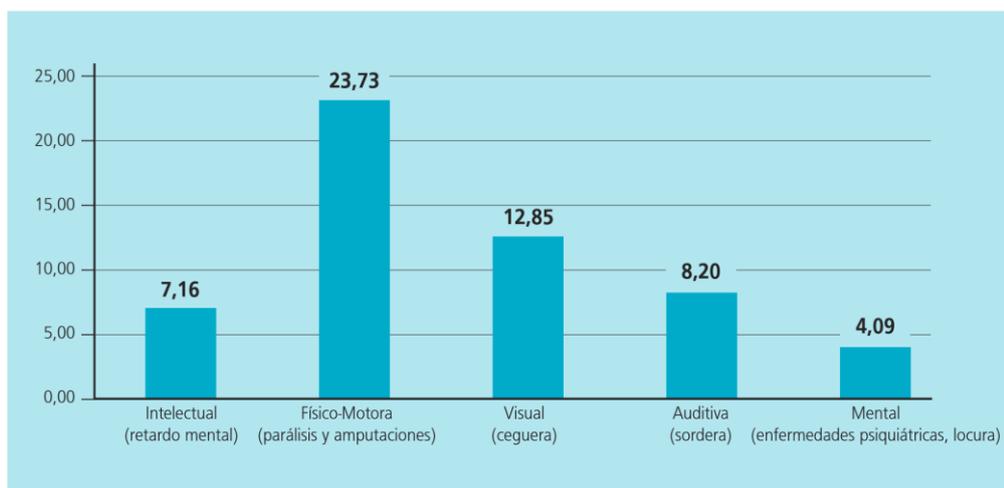
Tipos De Discapacidad

El gráfico N° 2 muestra que del total de las personas con discapacidad el 7.2x1000 habitantes presenta retardo mental, un 2.37x1000 habitantes parálisis y amputaciones, un 1.29x1000 habitantes ceguera, un 0.82x1000 habitantes sordera y un 0.41x1000 habitantes enfermedades psiquiátricas. Es decir:

- ❖ 103.767 personas presentan dificultades para aprender a niveles esperados y funcionar normalmente en la vida cotidiana.
- ❖ 343.714 personas presentan discapacidad físicomotora. 1 186.117 personas presentan discapacidad visual.

- ❖ 118.812 personas presentan discapacidad auditiva. 1 59.211 personas presentan discapacidad mental.

GRÁFICO N°2. PREVALENCIA NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD EN ECUADOR 2010.



Fuente: INEC 2010 Elaboración: Ortiz J.

TABLA N° 3 PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD SEGÚN ÁREA URBANA O RURAL. TASA X 100 HABITANTES EN EL ECUADOR 2010.

Área	PcD	Tasa x 100 (PcD)	Población Total
Urbana	492.910	5.42	9.090.786
Rural	323.246	5.99	5.392.713
Total	816.156	5.64	14.483.499

Fuente: INEC 2010 Elaboración: Ortiz J.

Distribución territorial: área urbano-rural y Distribución Por Provincias.

En las zonas urbanas se concentran el 60% de las personas con discapacidad y en las zonas rurales el 40%. Aunque en términos absolutos hay más personas con discapacidad en las zonas urbanas que en las rurales, en términos relativo la situación es diferente. En el medio rural la tasa de prevalencia de discapacidad es de

5,99%, con un 0,35% y 0,57% más alta que la prevalencia nacional y la prevalencia en el medio urbano, respectivamente.

TASAS POR 100 HABITANTES. ECUADOR 2010



Fuente: INEC 2010 Elaboración: Ortiz J.

El Gráfico N° 4 muestra el porcentaje de personas con discapacidad en cada provincias y zonas no delimitadas del país, y además las tasas de prevalencia; es decir, el porcentaje de personas que presentan una discapacidad según el total de la población provincial. Así, el 50% de la población con discapacidad está concentrado en las provincias de Guayas (25,21%), Pichincha (14,55%) y Manabí (10,88%). En tanto que al considerar la tasa x 100 habitantes, por debajo del promedio nacional se encuentran las provincias de Galápagos, Pastaza, Pichincha, Morona Santiago, Azuay, Orellana, Península de Santa Elena, Zamora Chinchipe, Santo Domingo de los Tsáchilas, Tungurahua; y por encima del promedio nacional se encuentran todas las demás provincias, inclusive las zonas no delimitadas.

Desagregación Por Sexo. La distribución de la discapacidad por sexo presenta una discreta diferencia con la distribución a nivel nacional. Mientras que en la población total del país las mujeres alcanzan el 50,44%, en la población con discapacidad el 46,57% son mujeres y el 53,43% corresponde a varones con discapacidad (ver gráfico N°4). Esto es equivalente a 380.082 mujeres y 436.074 hombres. Según muestra la tabla N° 2, la tasa de prevalencia de discapacidad en las mujeres es de 5,2% (1 de cada 19 mujeres), mientras que en los hombres, es de 6,08 (1 de cada 16 hombres), lo que significa que por cada 8 hombres con discapacidad, hay 10 mujeres con discapacidad. Mientras que la prevalencia de discapacidad en mujeres se encuentra 0,44 puntos por debajo de la prevalencia nacional, la prevalencia de discapacidad en hombres, está 0,44 puntos por encima. Hay una diferencia de 1,08 puntos a favor de la mujer.

Dado que la diferencia de tasas de prevalencia de discapacidad entre hombres y mujeres es estadísticamente significativa, es de considerar que nuestro país sea más incluyente con los varones con discapacidad que con mujeres con discapacidad y

ofrezca por tanto, más oportunidades a los hombres que a las mujeres. No obstante, en términos de promover las oportunidades de inclusión, los esfuerzos deben orientarse de igual manera para hombres y mujeres con discapacidad.

Discapacidad Por rangos. La distribución de las personas con discapacidad según grandes grupos de edad que se expone en la tabla N° 3, permite apreciar que el 42% de las personas con discapacidad se encuentran en edad adulta (entre 30 a 64 años) y que el 69% de la población con discapacidad en Ecuador tiene más de 29 años.

La tasa de prevalencia de los menores de 5 años es alrededor de 3 veces menos que la población general y la población entre 30 a 64 años, algo menos de la mitad de la población entre 5 a 29 años, 9 veces menos que la población mayor a 65 años, cuya prevalencia es de 23,62%.

Sobresale la prevalencia de discapacidad en el adulto mayor, pues por cada 4 adultos mayores, 1 presenta discapacidad. Esta prevalencia es 4 veces más que la prevalencia general y la de los adultos de entre 30 a 64 años, 7 veces más que en los grupos de entre 5 a 29 años y 13 veces más que en los menores de 5 años. Conclusiones de Prevalencia de las Personas con Discapacidad en el Ecuador.

- ❖ El tipo de discapacidad de mayor prevalencia es la Físico-Motora (23,7 x 1000 habitantes)
- ❖ La tasa de prevalencia de discapacidad en las mujeres (6,08%) es mayor que en los hombres (5,2%).
- ❖ La prevalencia de discapacidad en el adulto mayor es 4 veces más que la prevalencia general y la de los adultos de entre 30 a 64 años, 7 veces más que en los grupos de entre 5 a 29 años y 13 veces más que en los menores de 5 años.

- ❖ La cuarta parte de las personas con discapacidad no trabajan porque le impide su discapacidad.
- ❖ El 77% de las personas con discapacidad ha tenido algún tipo de instrucción formal y el 19% ninguno.
- ❖ El 19% de las personas con discapacidad ha podido acceder a uno de los servicios de seguro social y el 75% no aporta por lo que está al margen de dicha prestación (Fuente: INEC 2010)

Características de las Personas con Discapacidad.

Datos y cifras a nivel de la parroquia rural San José de Raranga del cantón Sígsig. Las personas con discapacidad son una población vulnerable. Se estima sobre la base de la información contenida en el último censo realizado en la parroquia de San José de Raranga del cantón Sígsig de la provincia del Azuay, que 150 personas de la parroquia tienen algún tipo de discapacidad física, intelectual, sensorial y táctil que equivale al 7% de los 2.351 habitantes (CEPAL/CELADE Redatam + SP, 2011).

Generalmente, a las personas con discapacidad se les niega la posibilidad de educación o de desarrollo profesional, se les excluye de la vida cultural y las relaciones sociales normales debido a sus limitaciones físicas. Con la intervención del gobierno de la República, se ha intervenido a las personas con discapacidad, obteniendo donaciones

y tratamientos que ha realizado la fundación Manuela Espejo. Del total de personas con discapacidad la fundación, Manuela Espejo realizó un análisis del tipo y grado de discapacidad, determinando un total de 23 personas con discapacidad que reciben algún tipo de tratamiento. En algunos grupos de personas con discapacidad el

proceso de envejecimiento empieza antes de lo normal. Por ejemplo, algunas personas con trastornos del desarrollo muestran signos de envejecimiento prematuro cuando apenas tienen entre cuarenta y cincuenta años de edad.

En el Ecuador existen 640.183 personas en situaciones de discapacidad con bajo o ningún nivel de autonomía, y el 38% necesita cuidado permanente, el 52% es cuidado por las madres. En julio de 2009, la Vicepresidencia de la República emprendió la Misión Solidaria “Manuel Espejo” y se realizó el primer estudio biopsicosocial, clínico y genético de la discapacidad, con el fin de hacer un diagnóstico integral de todos los casos a nivel nacional y delinear políticas de Estado, en atención, inclusión y prevención de las discapacidades. Se visitó las 24 provincias del país realizando un diagnóstico completo de las diferentes discapacidades intelectuales, físicas, auditivas o visuales.

Este estudio precisó una respuesta inmediata del Estado ecuatoriano, surgiendo así la Misión “Joaquín Gallegos Lara”, inspirada en el insigne escritor guayaquileño con discapacidad en sus piernas cuya visión social se resume en su obra cumbre “Las Cruces Sobre el Agua”.

Las características más comunes de las personas con discapacidad son:

- ❖ La dificultad para comprender órdenes sencillas.
- ❖ Total dependencia, pues necesitan cuidados y atención a lo largo de su vida.
- ❖ Requieren una intervención orientada al desarrollo e implementación de hábitos y destrezas.
- ❖ No consiguen ser autónomas en la marcha, la independencia de movimiento, el aseo personal y el vestido.

- ❖ Graves dificultades para el uso del lenguaje comprensivo y expresivo, sólo son capaces de emplear el lenguaje muy limitado.
- ❖ En la vida logran una reducida autonomía social, precisan una ayuda constante y difícilmente alcanzan una vida independiente.
- ❖ Suelen presentar graves limitaciones en el aprendizaje de tareas simples, por lo que precisan supervisión y ayuda que sólo se obtiene en centros específicos.
- ❖ El uso de formas simples de comunicación no verbal.
- ❖ Además, en la discapacidad severa, como en la profunda, se presenta inestabilidad en la atención y falta de concentración, desequilibrios en la postura, impulsividad, mirada perdida, falta de respuesta a un estímulo sonoro, movimiento y gestos repetitivos, imposibilidad de acceder al juego y nulo control de esfínteres (Ministerio de Inclusión Económica y Social págs. 8-11)

Ley Orgánica de Discapacidades en la Constitución de la República del Ecuador.

La presente Ley tiene por objeto asegurar la prevención, detección oportuna, habilitación y rehabilitación de la discapacidad y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

Esta Ley ampara a las personas con discapacidad ecuatorianas o extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano. Las personas con deficiencia o condición discapacitante se encuentran amparadas por la presente Ley, en lo que fuere pertinente.

Ley tiene los siguientes fines:

- ❖ Estimular e impulsar un subsistema de promoción, prevención, detección oportuna, habilitación, rehabilitación integral y atención permanente de las personas con discapacidad a través de servicios de calidad.
- ❖ Quitar toda forma de abandono, discriminación, odio, explotación, violencia y abuso de autoridad por razones de discapacidad y sancionar a quien incurriere en estas acciones.
- ❖ Promover la corresponsabilidad y participación de la familia, la sociedad y las instituciones públicas, semipúblicas y privadas para lograr la inclusión social de las personas con discapacidad y el pleno ejercicio de sus derechos.
- ❖ Estimular y promover la participación e inclusión plenas y efectivas de las personas con discapacidad en los ámbitos públicos y privados.

Principios fundamentales de la ley organiza de discapacidades en el Ecuador.

La presente normativa se sujeta y fundamenta en los siguientes principios.

- ❖ No discriminación: A ninguna persona con discapacidad.
- ❖ Igualdad de oportunidades: Para todas las personas con discapacidad sin discriminación alguna. No podrá reducirse o negarse el derecho de las personas con discapacidad y cualquier acción contraria que así lo suponga será sancionable;
- ❖ Responsabilidad social colectiva: Toda persona debe respetar los derechos de las personas con discapacidad y sus familias.
- ❖ Celeridad y eficacia: En los actos del servicio público y privado se atenderá prioritariamente a las personas con discapacidad y el despacho.

- ❖ **Participación e inclusión:** Se garantiza la participación protagónica de las personas con discapacidad en la toma de decisiones, planificación y gestión en los asuntos de interés público y privado.
- ❖ **Accesibilidad:** Se garantiza el acceso de las personas con discapacidad al entorno físico, al transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales.
- ❖ **Atención prioritaria:** Se les dará a las personas con discapacidad atención especializada y espacios preferenciales, que respondan a sus necesidades particulares o de grupo.

Tipos de Discapacidad.

Discapacidad Física.- La discapacidad física se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas o el tronco abdominal. Algunas personas podrán tener dificultades para hablar, para andar, para ver, para usar las manos u otras partes del cuerpo, o para controlar sus movimientos.

Discapacidad Intelectual.- Las personas con discapacidad intelectual tienen limitaciones significativas en las capacidades adaptativas relacionadas con la comunicación, el cuidado personal, la vida en el hogar, las habilidades sociales, el uso de la comunidad y sus recursos, el auto gobierno, la salud y la seguridad.

Discapacidad Motora.- La discapacidad motora también llamada motriz, es la alteración en la funcionalidad de las extremidades superiores y/o inferiores. Dicha

alteración se produce por una lesión en el sistema nervioso central (SNC) a nivel de médula o del encéfalo. Si la lesión acontece en esta parte del sistema nervioso, su consecuencia es la parálisis cerebral.

Discapacidad de Aprendizaje.- Es un trastorno que afecta la forma en la que el cerebro recibe, procesa, almacena y responde a la información. Existen muchos tipos de discapacidades del aprendizaje.

La persona puede tener problemas de audición, habla, escritura, razonamiento o para resolver problemas matemáticos.

Discapacidad Sensorial Auditiva.- La discapacidad auditiva se refiere a la falta o disminución para oír, esto debido a la pérdida en algún lugar del aparato auditivo. La pérdida auditiva puede ser desde lo más superficial hasta lo más profundo.

Discapacidad Visual.- Según la Organización Mundial de la Salud la discapacidad visual es "cualquier restricción o carencia (resultado de una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la misma forma o grado que se considera normal para un ser humano.

Se refiere a actividades complejas e integradas que se esperan de las personas o del cuerpo en conjunto, como pueden ser las representadas por tareas, aptitudes y conductas"

MODELOS TEÓRICOS E INVESTIGACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA DISCAPACIDAD, HACÍA LA INCORPORACIÓN DE LA EXPERIENCIA PERSONAL.

El modo de entender y abordar el estudio de una realidad no son procesos independientes, debido a las implicaciones prácticas que las distintas concepciones tienen en la vida cotidiana de las personas consideradas discapacitadas, y en las relaciones sociales en general.

Por ende, la discapacidad constituye una realidad compleja y multifacética. No obstante, es preciso reconocer que la orientación que sigue la investigación y la práctica profesional en un momento determinado se inscribe en unas coordenadas socioculturales más amplias que enmarcan el pensamiento y el modo de acción en el campo en que nos situamos.

Conceptualización de la Discapacidad.

¿En qué consiste la teoría de la discapacidad? De forma general se puede decir que existen tantas teorías como seres humanos, puesto que “teoría” es la idea que cada cual tiene sobre un tema, en este caso, sobre lo que es la discapacidad, por lo que es importante considerar su procedencia:

- ❖ Si surgen de la experiencia personal de la discapacidad, si derivan de los y las profesionales que trabajan directa o indirectamente con estas personas, o si se tratan de integrar ambas perspectivas.
- ❖ Otro elemento a considerar sería la relación entre pensamiento y acción: lo que la gente cree y entiende sobre una realidad está en relación con lo que hace.
- ❖ Una tercera dimensión la constituye el propósito, la aplicabilidad de las teorías. Reconocer esta dimensión de la teoría es admitir que todas las teorías tienen un significado político.

No existe teoría alguna que sea neutra. Toda teoría acerca de la discapacidad aspira a una ‘comprensión social’ compartida, justifica prácticas y criterios determinados y es

esencial para el fortalecimiento de las relaciones entre las personas (French, Gillman y Swain, 1997).

El hecho de vivir en una etapa de “crisis” y cambio epistemológico, unido a la multidimensionalidad y complejidad de la temática de la discapacidad, hacen que esta labor de clarificación conceptual no sea fácil.

Hasta hace poco tiempo la discapacidad era considerada como un problema, de nacimiento o adquirido, que presentaban ciertos sujetos, cuyo estudio y tratamiento correspondía a especialistas del área médica o psicológica (con orientación psicopatológica), al tratarse de situaciones caracterizadas por la anormalidad o la desviación.

Los grandes cambios sociales, culturales y científicos ocurridos en el siglo XX han puesto en cuestión muchas de las asunciones sobre la ciencia en general y sobre la discapacidad en particular, que han motivado la aparición de nuevos enfoques en la concepción de lo que es la discapacidad y, consiguientemente, en las prácticas profesionales de investigación y tratamiento de las personas con discapacidad.

La Concepción de la discapacidad como condición individual.

❖ Desde esta perspectiva se sostiene que el problema radica fundamentalmente en el individuo, teniendo una base natural y biológica (física, fisiológica o funcional)

En esta concepción biologista u organisista se considera como apropiada la ciencia natural para explicar los problemas objeto de estudio (Robert Bogdan 1998)

Perspectiva sociopolítica. Los análisis sociopolíticos de la discapacidad se desarrollan a partir de las contribuciones de dos grupos o corrientes científicas de

estudio de la realidad humana que se interrelacionan en varios aspectos de sus líneas de investigación

Un grupo parte de la tradición de orígenes del interaccionismo y del funcionalismo de los EEUU. El otro se inspira en las teorías materialistas de Marx y Engels, llegando a afirmar que la discapacidad y la dependencia son la “creación social” de un tipo particular de organización social basada en la economía, en concreto que es producto del capitalismo industrial.

Versiones construccionistas sociales

Interaccionismo y funcionalismo. Las explicaciones construccionistas sociales ponen en duda la “realidad” objetiva de la discapacidad y afirman que ésta debe entenderse más que como algo esencial, inherente al individuo, como una etiqueta negativa que unas personas aplican a otras, y cuyo efecto es el reforzamiento de la marginación social.

Interaccionismos simbólico. Entre sus presupuestos básicos se considera que las personas, como seres sociales, otorgan un significado a las cosas o situaciones que observan o viven, influidas por la forma de ver o definir las cosas por parte de otras personas. Sus construcciones acerca de la realidad son consideradas como la realidad, y las definiciones comunes que hacen les ayudan a mantenerse en la confirmación de ésta como verdad (Robert Bogdan, 1989).

Además, considera Mike Oliver (1998) que el uso que Goffman hace del término *estigma* se basa más en las percepciones de quienes actúan como opresores que en las de las personas oprimidas, cuando realmente el concepto estigma tiene connotaciones de explotación y de opresión, no sólo de evitación.

Hay que reconocer, sin embargo, las aportaciones valiosas de la teoría de la interacción simbólica y el desarrollo de trabajos de la línea construccionista, al poner

en duda la “realidad objetiva” de la discapacidad y afirmar que, más que entenderla como algo inherente al individuo, debe entenderse como una etiqueta negativa que unas personas aplican sobre otras, cuyo efecto es el reforzamiento de la marginación social.

Análisis Funcionalista de la Discapacidad. Este estudio socio-histórico de las estructuras políticas de la sociedad, da lugar a nuevos desarrollos de interés para la comprensión del tema. Se trata de las versiones funcionalistas sobre el surgimiento y mantenimiento de la discapacidad.

Los análisis políticos ponen de relieve que estas sociedades “desarrolladas” funcionan mediante un complejo sistema de distribución de bienes, cuyo principio motor es el trabajo. Dado que no todos pueden trabajar, se desarrolla un segundo sistema basado en las percepciones de necesidad, y unos servicios para dar respuesta a las necesidades.

En esta misma línea se sitúan los análisis críticos de otros autores americanos como Gary Albrecht (1992), Michael Bury (Albrecht y Bury, 2001), Gerben DeJong e Ian Basnett (2001), quienes consideran que la discapacidad está producida por “el negocio de la discapacidad”, en el que se incluyen no sólo los servicios oficiales, sino también las iniciativas particulares, incluso las emprendidas por las propias personas con discapacidad, pues la discapacidad y la rehabilitación se han convertido en mercancía y en objeto de interés comercial.

Versiones materialistas de la discapacidad. El creacionismo social. La idea fundamental de este enfoque es que la discapacidad es una realidad “producida” o “creada” a partir de las estructuras económicas y políticas de la sociedad. Las personas con discapacidad constituyen, por tanto, un grupo social oprimido. La OMS

en sus orientaciones para la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, publicada en 1980, declara:

En nuestra opinión, es la sociedad la que incapacita realmente a las personas con deficiencias. La discapacidad es algo que se impone a nuestras deficiencias por la forma en que se nos aísla y excluye innecesariamente de la participación plena en la sociedad. Por tanto, los discapacitados constituyen un grupo oprimido de la sociedad. Para entenderlo es necesario comprender la distinción entre la deficiencia física y la situación social, a la que se llama “discapacidad”, de las personas con tal deficiencia. Así, definimos la deficiencia como la carencia parcial o total de un miembro, o la posesión de un miembro, órgano o mecanismo del cuerpo defectuosos; y la discapacidad es la desventaja o la limitación de la actividad causada por una organización social contemporánea que tiene en escasa o en ninguna consideración a las personas con deficiencias físicas, y por tanto las excluye de la participación en las actividades sociales generales. La discapacidad es, por consiguiente, una forma particular de opresión social (UPIAS, 1976: 3-4).

Vic Finkelstein (1980), miembro de UPIAS, (**Union of the Physically Impaired Against Segregation**), hace una interpretación crítica materialista de la historia y afirma que la discapacidad es un producto del desarrollo de la sociedad industrial occidental.

Este autor divide la historia en tres fases.

- ❖ La primera fase corresponde al periodo feudal europeo, en que las personas con limitaciones participaban en el modo de producción rural sin problemas.

- ❖ La segunda se da al imponerse la industrialización, en el siglo XIX, las personas con limitaciones fueron excluidas, porque eran incapaces de adaptarse al ritmo laboral de las fábricas.

Así fueron apartadas de la actividad económica y social general, consideradas enfermas y recluidas en instituciones de carácter sanitario. El surgimiento de un sistema de producción capitalista, unido al auge de la medicina de tipo hospitalario, es lo que motivó la consideración de estas personas como grupo subvalorado, atribuyéndoles los rasgos de tragedia personal, pasividad y dependencia.
- ❖ La tercera fase, acaba de empezar y supondrá el final de la opresión de las personas discapacitadas, gracias al desarrollo y el uso de la tecnología y el trabajo conjunto de esas personas y de otras que se solidarizan con ellas, pero no dejando de lado la tecnología que puede servir para capacitar o para incapacitar aún más a las personas, y los intereses profesionales han demostrado ser una de las mayores barreras para las personas discapacitadas.

Mike Oliver (1996, 1998) uno de los principales exponentes de la posición materialista, defiende que la economía, a través de la organización social del trabajo, desempeña un papel clave en la producción de la categoría de discapacidad, y en la determinación de las respuestas de la sociedad a las personas discapacitadas. La opresión a la que éstas se enfrentan tiene sus raíces en las estructuras económicas y sociales del capitalismo, que por sí mismas producen racismo, sexismo, homofobia, gerontofobia y discapacidad.

El movimiento de las personas con discapacidad. El modelo social de la discapacidad, como vemos esta interrelacionado e impulsados por acontecimientos

socio-políticos, culturales y económicos que suceden en cada época histórica. Así, desde las décadas de los años sesenta y setenta del siglo XX, especialmente en el contexto de Estados Unidos, Gran Bretaña y países escandinavos, aparecen diversos movimientos sociales por parte de colectivos “desfavorecidos”, como personas de raza negra y otras minorías étnicas, mujeres y personas con discapacidad, que denuncian su situación de marginación y piden el reconocimiento de sus derechos civiles como ciudadanos y ciudadanas en situación de igualdad social

La evolución esencial de las teorías sobre la discapacidad durante los últimos veinticinco años ha conformado lo que se viene denominando “*Modelo Social de Discapacidad*”. Sus características básicas son:

El modelo social de discapacidad sitúa los orígenes sociales de la discapacidad en la existencia de una sociedad organizada por y para gente no discapacitada. La primera declaración clara y fundamentada del modelo social se atribuye a la UPIAS adoptando las definiciones diferenciadas de deficiencia y discapacidad, ya referidas.

Se considera que existen diversos elementos en el entorno físico o social de la persona que limitan o restringen su vida como son: las actitudes, el lenguaje y la cultura, la organización y la atribución de los servicios de asistencia e instituciones, y las relaciones y estructuras de poder que constituyen la sociedad (John Swain 1993).

Así, pues, el modelo social concibe la discapacidad más como la restricción social que aísla y excluye a la persona de la plena participación en la vida social, que como una consecuencia de las condiciones particulares (de la naturaleza) del individuo

El modelo social se ha ido aplicando progresivamente a todas las personas con discapacidad, con independencia de las deficiencias específicas que puedan presentar. Como afirma Mike Oliver:

El modelo social se ha ido aplicando progresivamente a todas las personas con discapacidad, con independencia de las deficiencias específicas que puedan presentar. Como afirma Mike Oliver:

Todas las personas discapacitadas experimentan la discapacidad como una restricción social, ya sea que las restricciones se produzcan como consecuencia de entornos arquitectónicos inaccesibles, de las cuestionables ideas sobre inteligencia y competencia social, de la incapacidad de la gente en general para usar el lenguaje de signos, de la falta de material de lectura en Braille, o de actitudes públicas hostiles hacia personas con deficiencias visibles (Oliver, 1990: XIV).

El modelo social se halla en oposición directa al hasta ahora predominante modelo individual, donde la discapacidad es entendida bajo criterios médicos y enfocada como tragedia. Una de las medidas encaminadas a este fin ha sido la expansión del movimiento de las personas con discapacidad y el florecimiento de organizaciones por todo el mundo, no sólo locales, a pequeña escala, sino organizaciones nacionales, como el British Council of Disabled People, o el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), e internacionales, como el Foro Europeo de Personas con Discapacidad, Disabled People's International (DPI), o Disability World. Todas ellas dirigidas por y para personas discapacitadas.

Críticas, aportaciones, reformulaciones y avances. Retos y desarrollos del modelo social de discapacidad. El modelo social de discapacidad, como teoría dinámica y colectiva está en proceso de desarrollo, reflexión, análisis y continua transformación.

Así se reconoce que, como cualquier otra área de debate político o teoría sociológica, se halla inmersa en constantes procesos de crítica, autocrítica y desarrollo.

Por lo que, sin abandonar las explicaciones más generales de la opresión basada en las estructuras sociales, y la necesidad de alianzas y coaliciones en una lucha común, cobra relevancia la consideración de la heterogeneidad y la diversidad, tanto en la elaboración teórica como en el activismo sociopolítico. Las aportaciones de estas corrientes críticas han conducido al desarrollo de dos importantes líneas de estudio.

Representaciones culturales de la discapacidad.

Una interesante línea de análisis y estudio es la cultura en la representación social de la discapacidad y en la actuación práctica con las personas con discapacidad. Así Tom Shakespeare (1994) realiza un análisis riguroso del papel que la cultura desempeña en el tratamiento negativo (opresor) de las personas con discapacidad. Este autor plantea que las personas con deficiencias no están discapacitadas únicamente por la discriminación material (de raíz económica, como defienden las posiciones materialistas más radicales), sino también por el prejuicio. Este prejuicio no es sencillamente interpersonal, sino que está implícito y profundamente arraigado en la representación cultural, en el lenguaje y en la socialización de los individuos dentro de una comunidad.

Las personas con discapacidad son vistas como seres enfermos, que sufren, que sienten dolor, desventurados y desgraciados porque no pueden disfrutar de los bienes de la sociedad moderna, [...] inútiles, por no contribuir al bien de la comunidad [...] en resumen, representan todo aquello que más teme el mundo “normal”: la tragedia, la pérdida, lo oscuro y lo desconocido (Hunt, 1966: 155).

La línea de análisis sociológico cultural e histórico supone una contribución importante al estudio de la discapacidad, ya que advierte que las raíces culturales de

la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental son anteriores al capitalismo.

La discapacidad desde la experiencia personal. Otra importante línea de crítica y desarrollo actual de los estudios de discapacidad es la que reclama la necesidad de reconocer, ser sensibles, respetar y hasta celebrar la diferencia (Jenny Morris, 1991; Tom Shakespeare, 1996, 2000; Beth Omansky y Rosenblum, 2001, etc.), manteniendo al mismo tiempo la solidaridad frente a la generalidad de la opresión.

Participación sin exclusión. Las voces de todas las personas con discapacidad.

En los últimos años se ha producido un creciente reconocimiento de la importancia de escuchar a las personas que han sido etiquetadas como deficientes mentales, con trastornos mentales o con dificultades de aprendizaje (por ejemplo, se han hecho estudios en hospitales, sobre programas de vida independiente, etc.), sin embargo, casi no se han empleado métodos cualitativos narrativos y de relato de la propia vida. Recientemente se está produciendo un cambio importante en dos sentidos: Por una parte, se están estableciendo cada vez más fórmulas de investigación participativa, con propósito “emancipador”, donde las propias personas con discapacidades son participantes y colaboradoras, junto a las personas “expertas”, en los distintos momentos del proceso de investigación. (Val Williams, 2000; Chris Kierman, 2000; Malcolm Richardson, 2002). Por otra parte, hay que destacar la ampliación de los métodos de investigación narrativos, que han ido introduciendo variaciones en sus formas y propósitos, lo que permite su utilización en diferentes áreas de investigación humana. No obstante, cada vez más, se considera la necesidad de incorporar las opiniones, valoraciones y aspiraciones de las personas con discapacidades de cualquier tipo, que ayuden a comprender sus vidas “desde dentro” y contribuyan a desarrollar una nueva visión de la discapacidad.

Caminos y desafíos del presente y futuro

Aunque han sido expuestas separadamente las líneas de investigación y avance sobre la discapacidad más recientes, es preciso reconocer el elemento común y decisivo en estos debates: la insistencia en el valor de la diversidad y la necesidad de incorporar la voz de las propias personas con discapacidad, como fuente primordial de una investigación que pretende suscitar un nuevo discurso y orientar el desarrollo de la teoría, a la vez que persigue la “emancipación” individual y colectiva. Reconocer las diferencias que existen dentro de la realidad de la discapacidad e integrar sus aportaciones ha representado un importante reto para el modelo social y el movimiento de las personas con discapacidad.

Tal vez por ello dentro del modelo social y por parte del movimiento de la discapacidad hasta ahora se han buscado y enfatizado los elementos compartidos de definición de una identidad común:

Los estudios de la discapacidad han descuidado estratégicamente la cuestión de la experiencia de personificación de la discapacidad con el fin de evitar la asociación de discapacidad con déficit individual, propio de la tradicional cultura médica e institucional (David T. Mitchell y Sharon L. Snyder, 2001: 367).

Sin embargo, como Tom Shakespeare y Nicholas Watson advirtieron, las diferencias, aunque en algunos puntos puedan plantear divergencias, tal y como se están proyectando, no parecen representar una ruptura de la elaboración teórica hecha hasta ahora.

Conclusión.

En este recorrido sobre la conceptualización de la discapacidad se ha intentado poner de manifiesto cómo la discapacidad en el pensamiento contemporáneo se ha teorizado de formas diferentes. En todos los planteamientos es fundamental cómo se interpreta la diferencia y qué utilidad tiene esa interpretación, pues a menudo existen teorías implícitas al servicio de intereses no manifiestos, como han mostrado los análisis referidos.

Desde la experiencia personal podría sugerir que, teniendo siempre presente las reflexiones precedentes, y la postura crítica y ética de toda investigación que trabaje en el ámbito de las ciencias humanas, si, en última instancia, lo que pretendemos es el acercamiento a una realidad concreta con el fin de comprenderla y, en la medida de lo posible, mejorarla, no debemos desconsiderar ninguna aportación.

Con nuestro trabajo podemos también contribuir a enriquecer las diversas visiones de la discapacidad con que contamos hasta ahora, incluso dejar caminos para establecer otras vías de desarrollo, que en un futuro, tal vez, lleguen a conformar nuevas perspectivas y modelos de discapacidad.

Diferenciación entre discapacidades y alteraciones mentales.

¿Cómo la discapacidad puede relacionarse con las alteraciones mentales? ¿Qué es una enfermedad clínica?

Reconocer y entender lo que son las enfermedades mentales es un primer paso muy importante para romper tópicos y falsas creencias y reducir así el prejuicio y estigmatización de la persona con enfermedad mental, es que la complejidad del cerebro humano implica una síntesis dinámica entre biología, genética, emociones, vivencias, mente, cultura, condiciones personales y sociales, sin comparación con ningún otro órgano humano.

Pero para entendernos, podemos definir un trastorno o enfermedad mental como una alteración de tipo emocional, cognitivo y / o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

Se ha tratado de identificar los componentes principales de la salud mental: bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración, autoestima, funcionamiento integrado, adecuada percepción de la realidad, etc.

¿Qué diferencia hay entre una enfermedad mental y discapacidades?

Una deficiencia hace referencia a las anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia, y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa. Por lo tanto, es una pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, como resultado de la patología subyacente. En este sentido,

cabe destacar que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), aprobada en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud y publicada por la OMS en 2001, distingue entre:

Funcionamiento: término genérico usado para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano.

Discapacidad: Término que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ciudadano.

Estos conceptos reemplazan a los denominados anteriormente como ‘deficiencia’, ‘discapacidad’ y ‘minusvalía’, y amplían el ámbito de la clasificación para que se puedan describir también experiencias positivas, para enfocar el objetivo hacia la salud y no sólo como consecuencias de la enfermedad, tratando de ir más allá del enfoque médico-sanitario e incluir, de forma expresa, ámbitos sociales más amplios (enfoque biopsicosocial).

Sin embargo, actualmente se acepta el sistema de diagnóstico psiquiátrico propuesto por la American Psychiatric Association (DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), que distingue, entre otros, trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, trastorno de ansiedad, trastornos sexuales, trastornos de la personalidad, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos cognoscitivos, etc.

Esta clasificación es muy similar a la de la Organización Mundial de la Salud, llamada CIE-10 (abreviatura de la Clasificación Internacional de Enfermedades,

Décima Revisión), que brinda un marco conceptual basado en la etiología. El funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud se clasifican en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, conocida como CIF.

Principales enfermedades mentales.

Esquizofrenia. Es un trastorno psicótico caracterizado por un desorden cerebral de aparición aguda que deteriora la capacidad de las personas para pensar, dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás. Los síntomas de las fases agudas suelen ser delirios (ideas falsas que el individuo cree ciegamente), alucinaciones (percepciones de cosas, sonidos o sensaciones que en realidad no existen) o conductas extravagantes. Es una enfermedad crónica, compleja, donde las personas que la sufren no tienen conciencia de estar enfermas; y que no afecta por igual a todos los pacientes. El 57% de las personas que sufren uno o varios brotes de esta enfermedad cursa con nula o mínima alteración de su capacidad del funcionamiento social. No obstante, el porcentaje restante sufre alteraciones importantes en su funcionamiento social y personal, necesitando para su recuperación la combinación de estrategias basadas en la farmacología (medicación) y en la psicología (terapias conductuales y cognitivas) con apoyo de recursos sociales y laborales complementarios para facilitar su reintegración social y laboral. También es relevante para disminuir las recaídas de esta enfermedad la intervención en el ámbito familiar.

Aparece normalmente en la adolescencia, y afecta a un 1% de la población mundial. Existen tratamientos muy efectivos para las crisis.

Trastorno de la personalidad. Se trata de alteraciones del modo de ser propio del individuo, de su afectividad y de su forma de vivir y de comportarse, que se desvían de lo normalmente aceptable en su entorno y cultura. Existen distintos tipos: personalidad paranoide (personas con gran desconfianza y recelo en todo lo que le rodea), esquizoide (personas introvertidas, retraídas, que evitan el contacto social y no expresan emociones), personalidad obsesiva (personas rígidas, perfeccionistas, escrupulosas), etc.

El diagnóstico de los diferentes tipos de trastornos de la personalidad requiere conocer de forma intensa y extensa la vida de la persona, el contraste de la información con terceros y de profesionales de gran experiencia clínica.

Se están investigando tratamientos psicoterapéuticos específicos.

Depresión. Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda e inmotivada, disminución de la actividad física y psíquica, falta de interés o placer en casi todas las actividades, sentimiento de impotencia, falta de valor y esperanza, sentimiento de culpa, llanto incontrolable, irritabilidad, pensamientos sobre la muerte o intentos de suicidio. Es una de las enfermedades mentales más comunes. Puede aparecer en cualquier edad, y una de cada 5 mujeres y uno de cada 10 hombres sufre depresión alguna vez en sus vidas. Existen tratamientos muy efectivos.

Trastorno bipolar. Es un trastorno del estado de ánimo anteriormente conocida como enfermedad maníaco-depresiva que se caracteriza por la presencia cíclica de períodos de fase maníaca (de elevación del estado de ánimo, eufórico, expansivo e irritable) y fases de depresión (pérdida de interés o placer en todas las actividades, abatimiento, sentimientos de infravaloración o de culpa; dificultad para concentrarse

o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte, etc). Existen tratamientos muy efectivos.

Ansiedad. Es un trastorno caracterizado por la presencia incontrolable de preocupaciones excesivas y desproporcionadas, centradas en una amplia gama de acontecimientos y situaciones reales de la vida, y acompañadas por lo general de síntomas físicos, tales como sudoración, nerviosismo, inquietud, palpitaciones, etc. Tiene tratamiento efectivo.

Anorexia nerviosa. Es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por un rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma y tamaño del cuerpo. Se dispone de tratamiento en la actualidad.

Fobia. Es un trastorno caracterizado por la aparición de un temor irracional muy intenso y angustioso a determinadas personas, cosas o situaciones, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. Hay tipos diferentes según el objeto causante: fobia social (a situaciones sociales), agorafobia (a sitios cerrados o de donde es difícil salir), fobia a ciertos animales, etc. Existen tratamientos psicoterapéuticos eficaces.

Trastorno obsesivo compulsivo. Es un trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de obsesiones (ideas y pensamientos de carácter persistente que el individuo reconoce como intrusas y absurdas y que causan un malestar y ansiedad) que la persona intentará mitigar con las compulsiones (comportamientos o actos mentales de carácter recurrente). Por ejemplo el caso de las personas que siempre sienten que tienen las manos sucias y se las lavan demasiado frecuentemente. Existen tratamientos, de efectividad variable.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Es un trastorno que aparece en la infancia y que se caracteriza por un patrón persistente de desatención (fácil distracción por estímulos irrelevantes) y/o hiperactividad-impulsividad (moverse y hablar demasiado). Existen tratamientos bastante eficaces.

CAPÍTULO 2.

En este capítulo hablaremos del lugar de aplicación, ambiente y estados de ánimo de las personas con discapacidad y los resultados de los test.

- ❖ El Lugar de aplicación. Fue en las casas de cada una de las personas con discapacidad, donde se les explicó el motivo de la aplicación y los fines, que son tener un diagnóstico de la incidencia de comorbilidad mental en las personas con discapacidad, pensando en el futuro tener una intervención de acuerdo a los diagnósticos revelados por los test aplicados:
 - Test de Ansiedad (Inventario de Beck)
 - Test de Depresión (Estado de Ansiedad de Hamilton)
 - Test de AUDIT Y CAGE – Consumo de alcohol en las personas con discapacidad.
 - Test de Adaptación Laboral.

- ❖ Ambiente. Era cómodo, relajado, con los implementos necesarios para una adecuada aplicación de los test, hubo una mesa, sillas y un espacio tranquilo y sin interrupciones por los miembros de la familia, lo que ayudo a una muy buena aplicación y concentración a la hora de la realización.

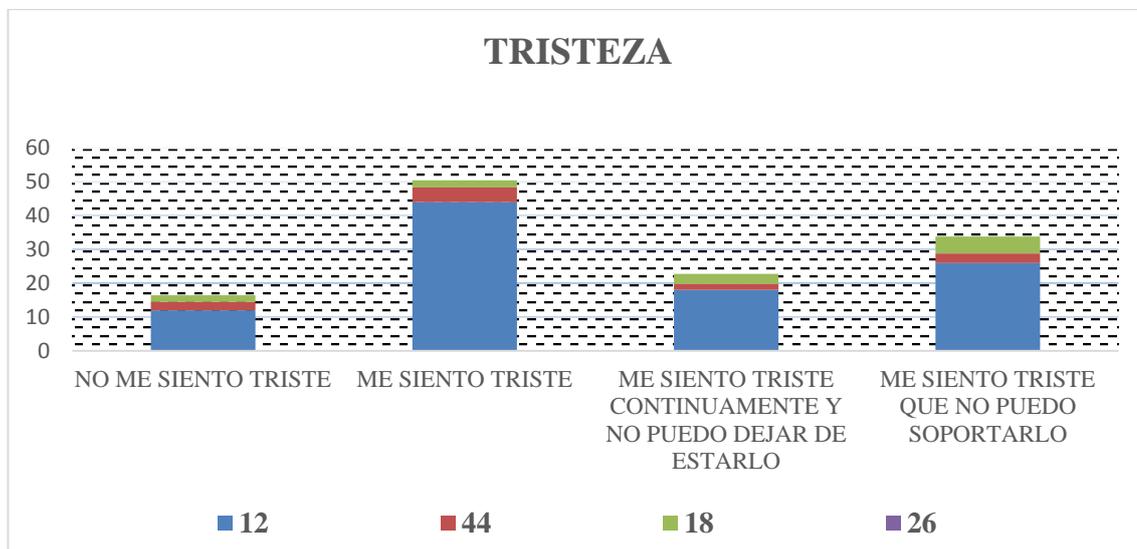
- ❖ El estado de ánimo de las Personas con Discapacidad. Muy variado, unas PCD mostraban alegría, otras mostraban tristeza por las preguntas que se les hacía.

- ❖ Resultados estadísticos y tabulaciones de los test aplicados a las personas con discapacidad.

RESULTADO DE LOS TEST APLICADOS.

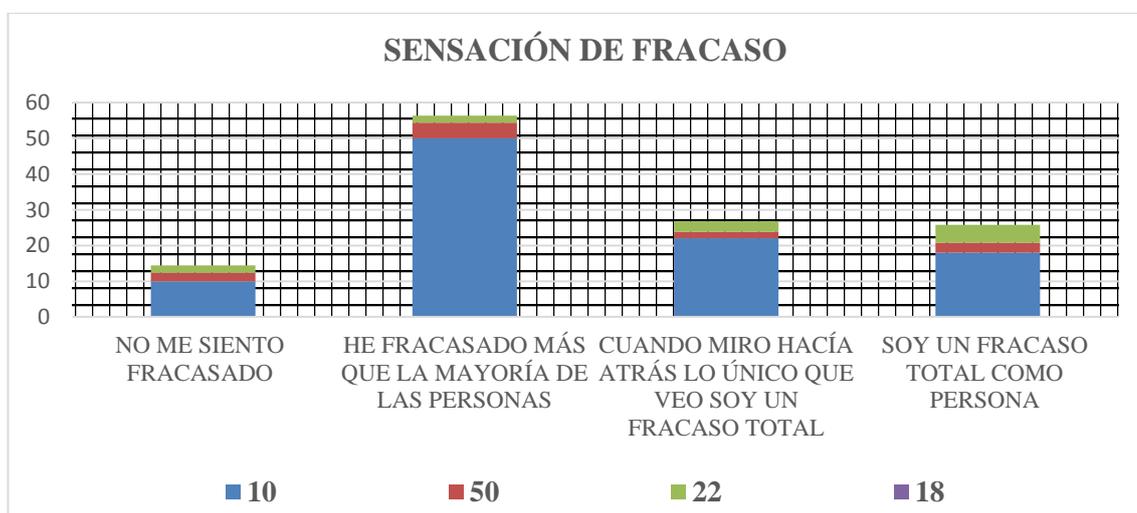
INVENTARIO DE BECK.

Detectar la incidencia de desórdenes depresivos en las personas con discapacidad.



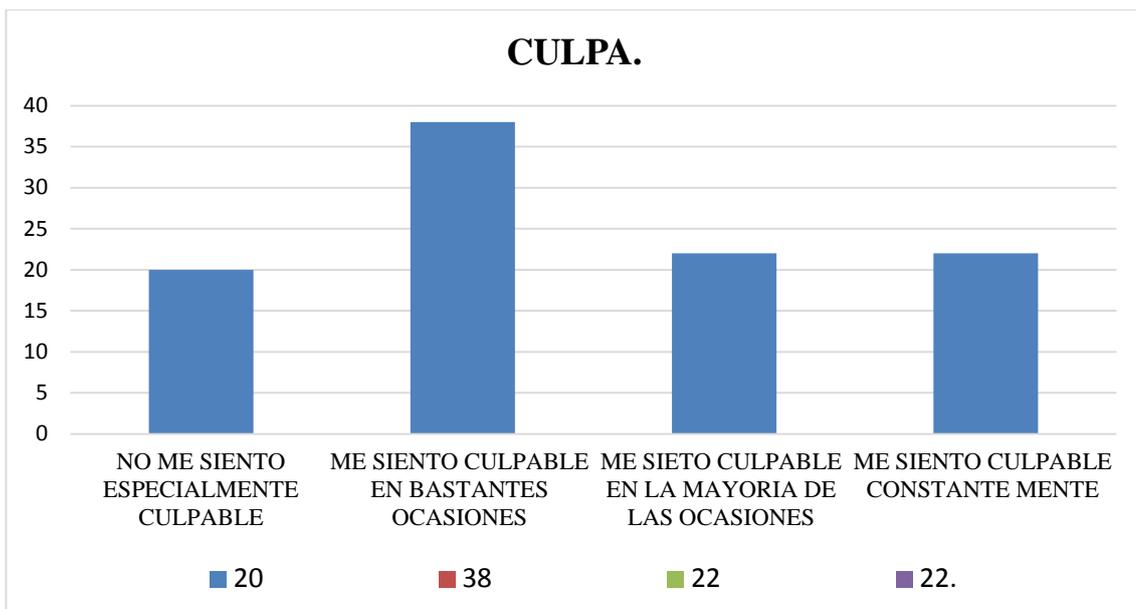
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 12% de las personas con discapacidad se sienten tristes, el 44% no se siente triste, 18% se siente triste continuamente y no puede dejar de estarlo y el 26% de las personas con discapacidad se sienten tristes que no pueden soportarlo.



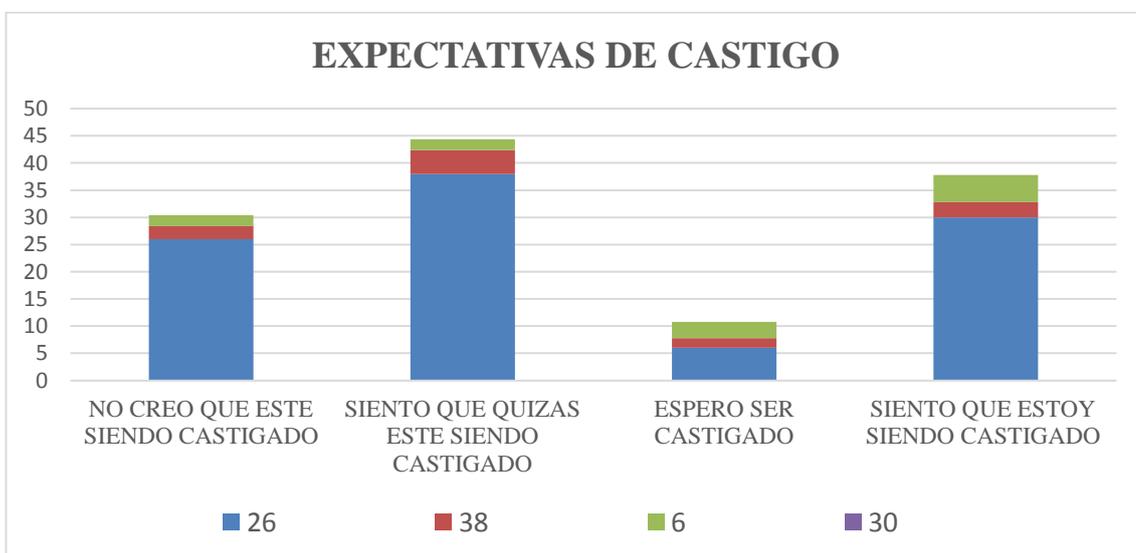
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 10% de las personas con discapacidad no se siente fracasada, 50% de las PCD manifiestan que han fracasado más que la mayoría de las Personas. El 22% de las PCD lo ven a su vida como un fracaso. El 18% de las PCD manifiestan que son un fracaso total como persona.



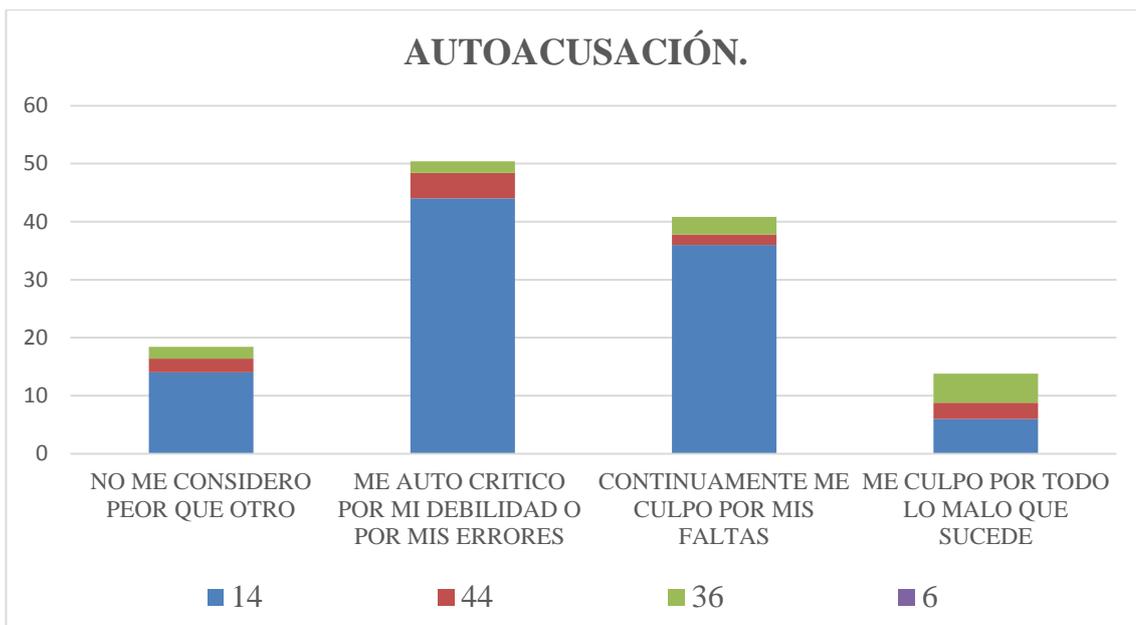
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 20% de las personas con discapacidad no se siente especialmente culpable, el 38% de las PCD se siente culpable en bastantes ocasiones, el 22% de las PCD se siente culpable en la mayoría de las ocasiones y el 22% de las PCD manifiestan que se sienten culpables constantemente.



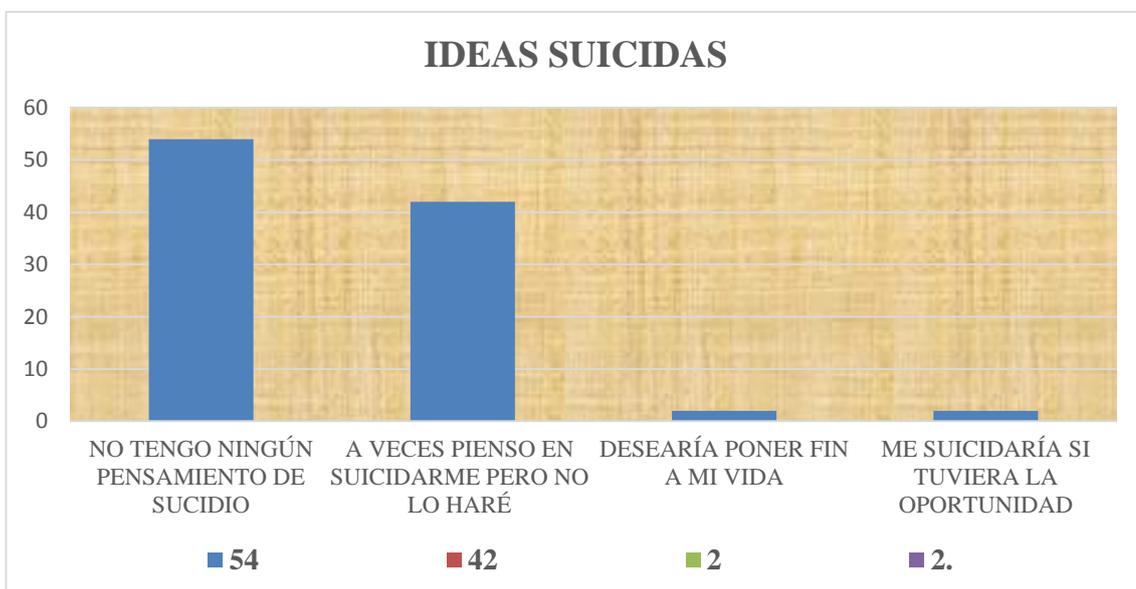
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 26% de las personas con discapacidad no cree que está siendo castigado, el 38% de las PCD se siente que quizás esté siendo castigada, el 6% de las PCD espera ser castigada y el 30% de las PCD manifiestan que están siendo castigados



Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

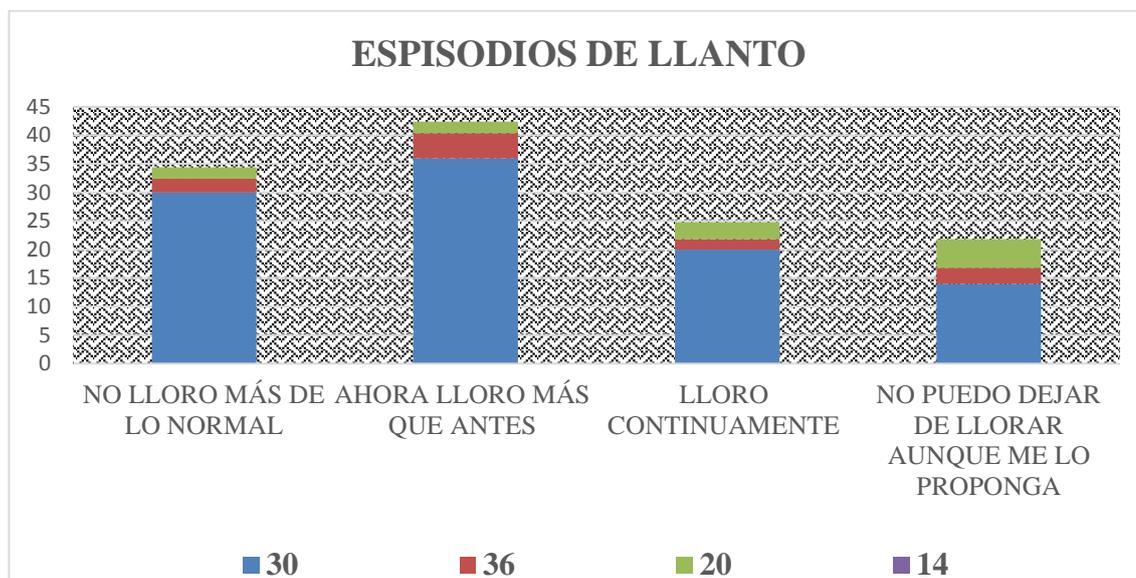
El 14% de las personas con discapacidad se considera peor que otro, el 44% de las PCD se autocritica por sus debilidades y errores, el 36% de las PCD continuamente se culpa por sus faltas y el 6% de las PCD se culpa por todo lo malo que sucede.



Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

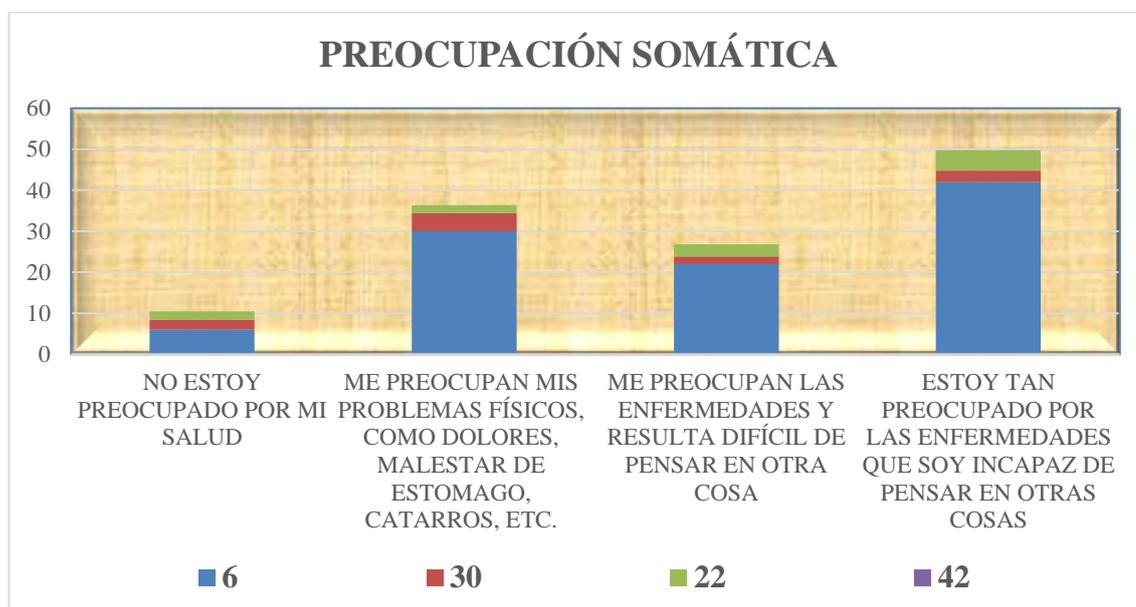
El 54% de las personas con discapacidad no tiene ningún pensamiento suicida, el 42% de las PCD a veces piensan en suicidarse pero no lo harán, el 2% de las PCD

desearía poner fin a su vida y el 2% de las PCD se suicidaría si tuviera la oportunidad.



Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 30% de las personas con discapacidad no llora más de lo normal, el 36% de las PCD ahora llora más que antes, el 20% de las PCD llora continuamente y el 14% de las PCD no puede dejar de llorar aunque se lo proponga



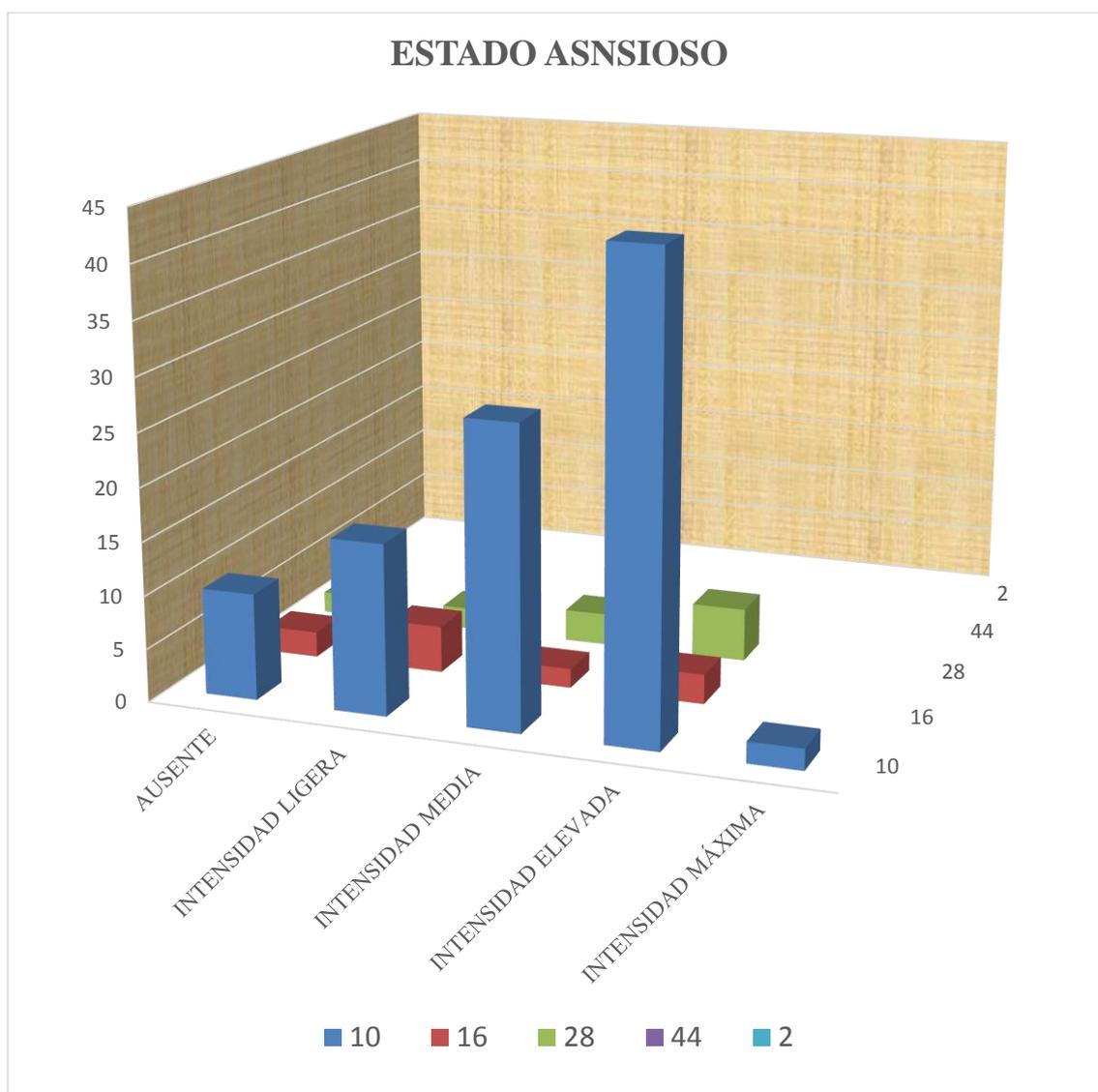
Fuente: (Urgilés, 2014).

El 6% de las personas con discapacidad no están preocupadas por su salud, el 30% de las PCD les preocupa los problemas físicos, como dolores, malestar de estómago, catarros, etc., al 22% de las PCD les preocupan las enfermedades y les resulta difícil

pensar en otra cosa y el 42% de las PCD están tan preocupados por las enfermedades que son incapaces de pensar en otras cosas.

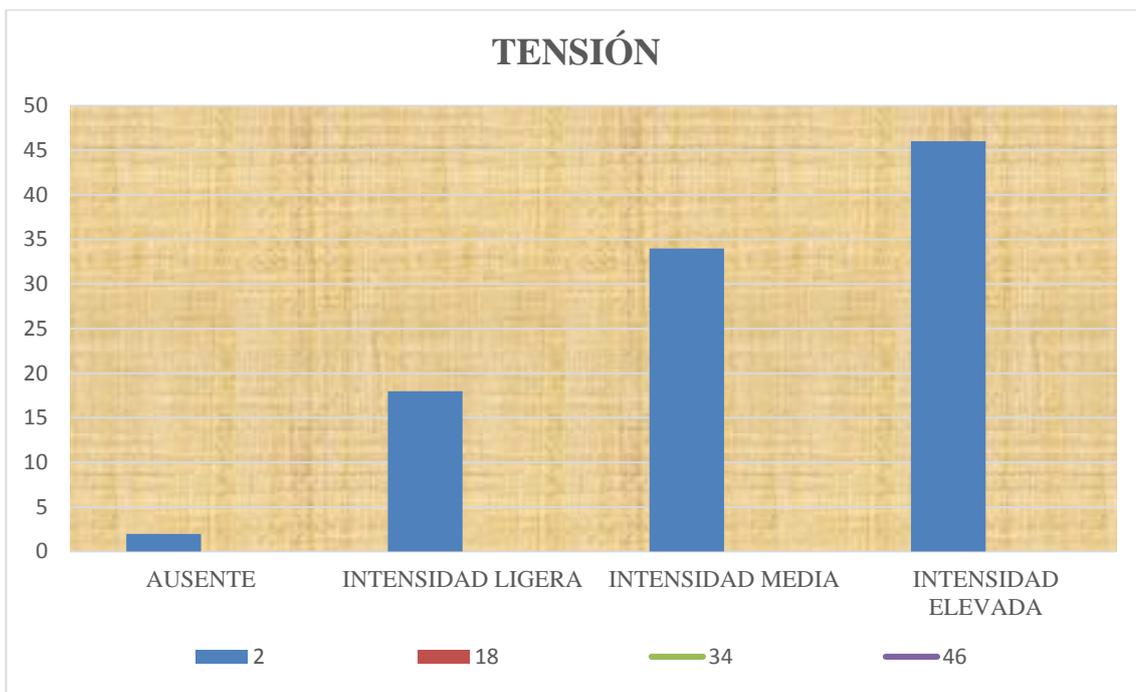
ESTADO DE ANSIEDAD DE HAMILTON.

Manifiestar la incidencia de desórdenes de ansiedad en las personas con discapacidad.



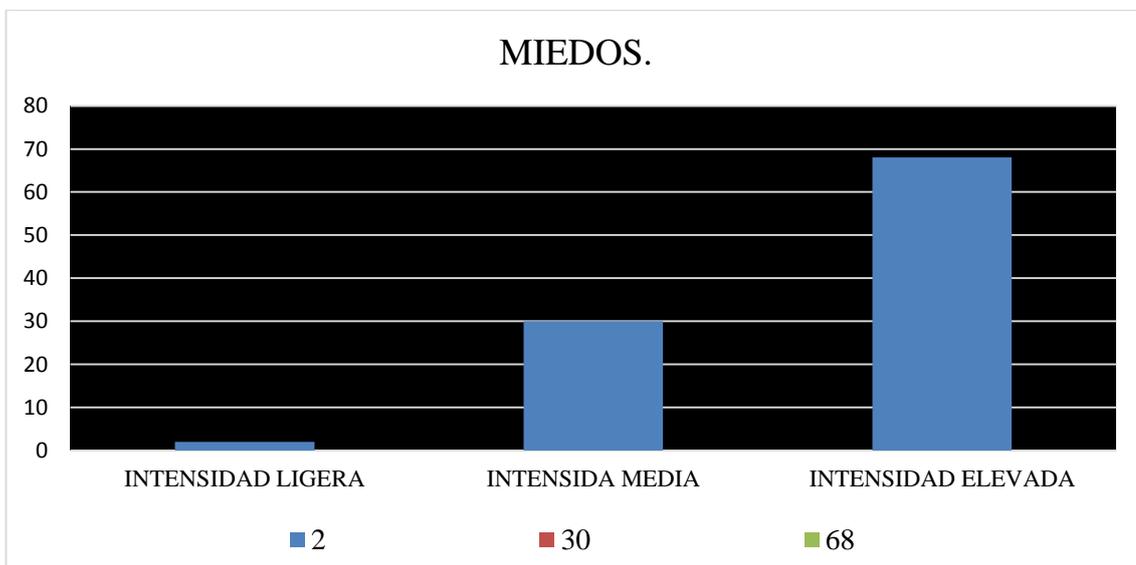
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 10% de las personas con discapacidad no manifiestan ansiedad, el 16% de las PCD ansiedad ligera, el 28% de las PCD manifiestan ansiedad media, el 44% de las PCD manifiestan ansiedad elevada y el 2% de las PCD manifiestan ansiedad elevada (al máximo)



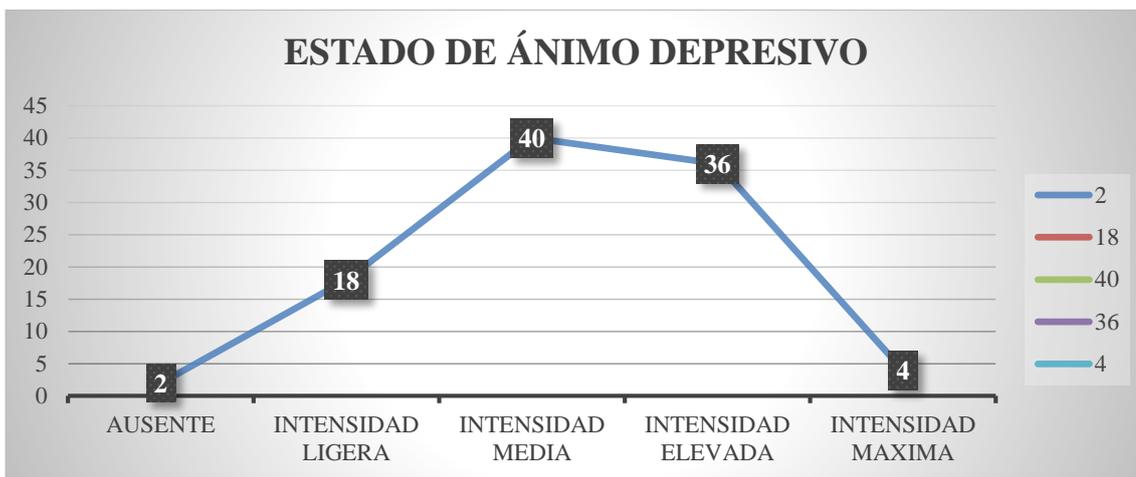
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 2% de las personas con discapacidad no manifiestan tensión, el 18% de las PCD manifiesta tensión ligera, el 34% de las PCD manifiestan tensión media, y el 46% de las PCD manifiestan tensión elevada.



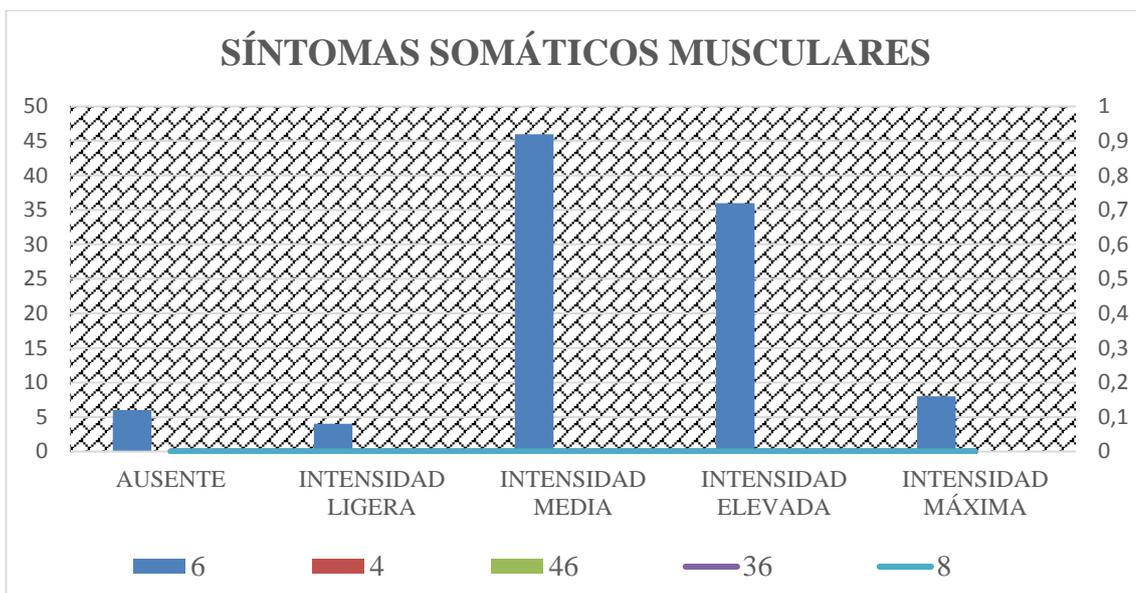
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 2% de las personas con discapacidad manifiestan miedos leves, el 30% de las PCD manifiestan miedos moderados, y el 68% de las PCD manifiestan miedos graves.



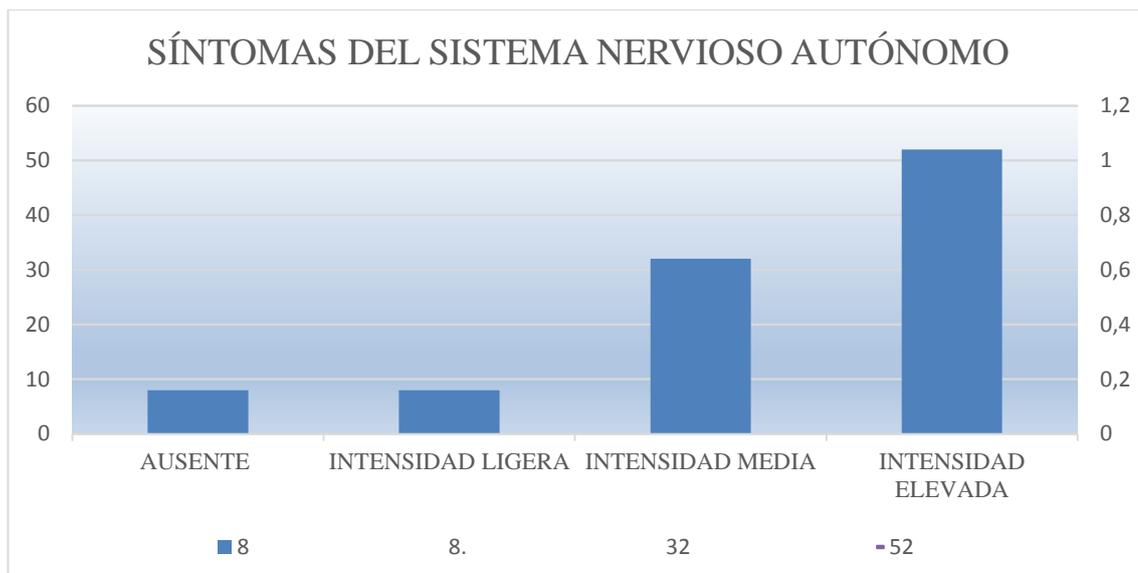
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 2% de las personas con discapacidad no manifiestan ánimo depresivo, el 18% de las PCD manifiestan ánimo depresivo leve, el 40% de las PCD manifiestan ánimo depresivo moderado, el 36% de las PCD manifiestan ánimo depresivo grave y el 4% de las PCD manifiestan ánimo depresivo profundo (al máximo)



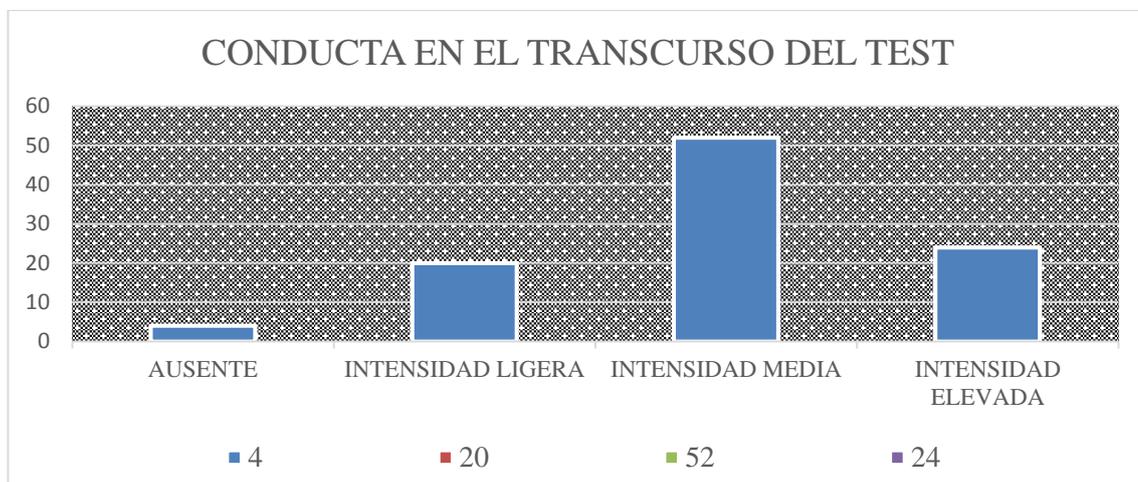
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 6% de las personas con discapacidad no manifiesta síntomas somáticos musculares, el 4% de las PCD manifiestan síntomas somáticos musculares leves, el 46% de las PCD manifiestan síntomas somáticos musculares moderados, el 36% de las PCD manifiestan síntomas somáticos musculares graves y el 8% de las PCD manifiestan síntomas somáticos musculares profundos.



Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 8% de las personas con discapacidad no manifiesta síntomas en el sistema nervioso autónomo, el 8% de las PCD manifiestan síntomas leves en el sistema nervioso autónomo, el 32% de las PCD manifiestan síntomas moderados en el sistema nervioso autónomo, y el 52% de las PCD manifiestan síntomas graves en el sistema nervioso autónomo.

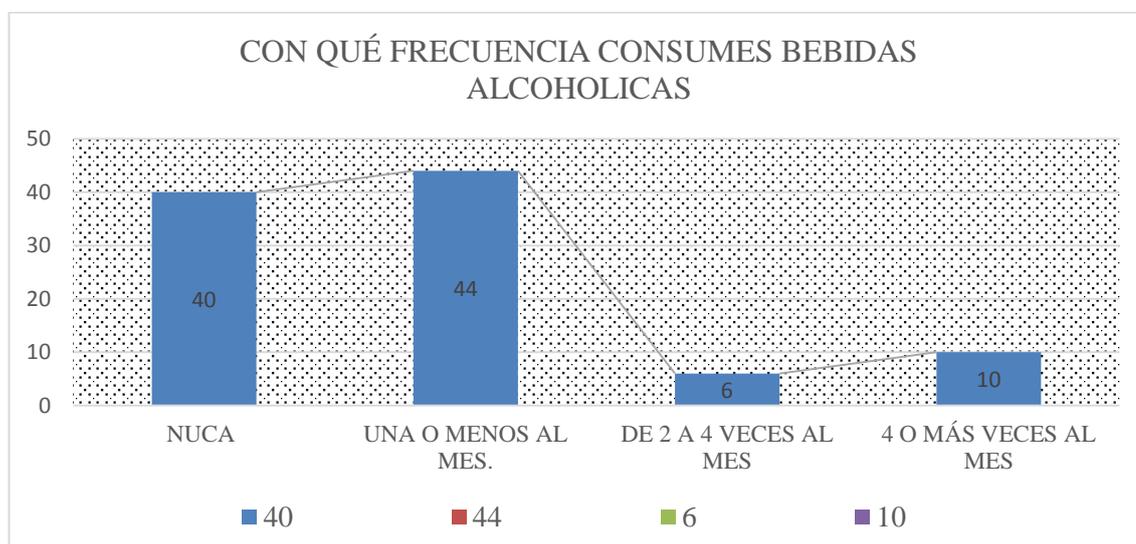


Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 4% de las personas con discapacidad no manifiestan ansiedad en el transcurso de la aplicación del test, el 20% de las PCD manifiestan ansiedad leve en el transcurso de la aplicación del test, el 52% de las PCD manifiestan ansiedad moderada en el transcurso de la aplicación del test y el 24% de las PCD manifiestan ansiedad grave en el transcurso de la aplicación del test de ansiedad de Hamilton.

TEST AUDIT Y CAGE.

Detectar el uso de sustancias nocivas (consumo de alcohol) en las personas con discapacidad.



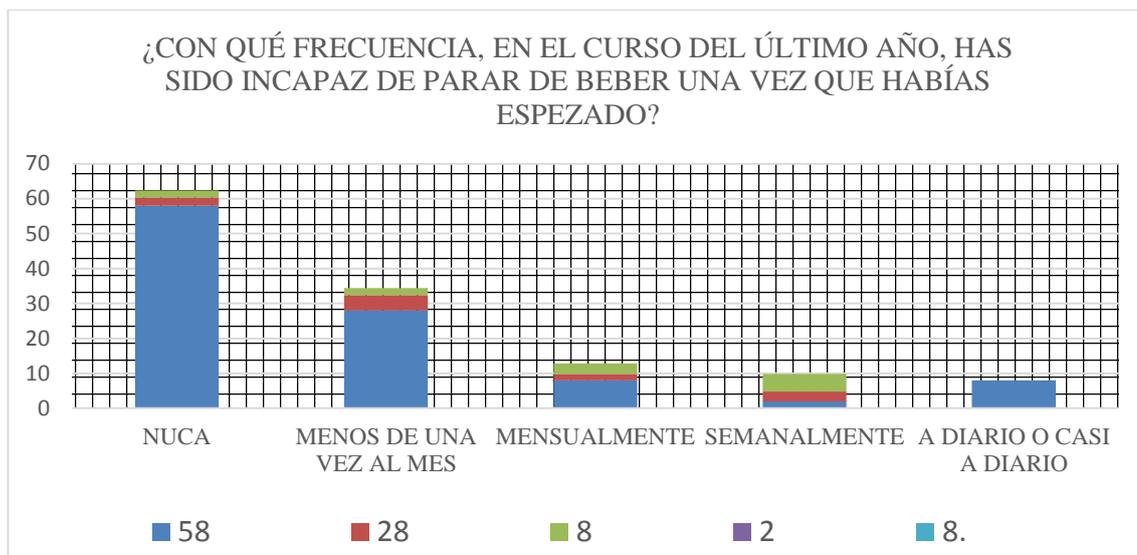
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 40% de las personas con discapacidad no consume bebidas alcohólicas, el 44% de las PCD consume bebidas alcohólicas una o menos al mes, el 6% de las PCD consume bebidas alcohólicas de 2 a 4 veces al mes, y el 10% de las PCD consume bebidas alcohólicas de 4 o más veces al mes.



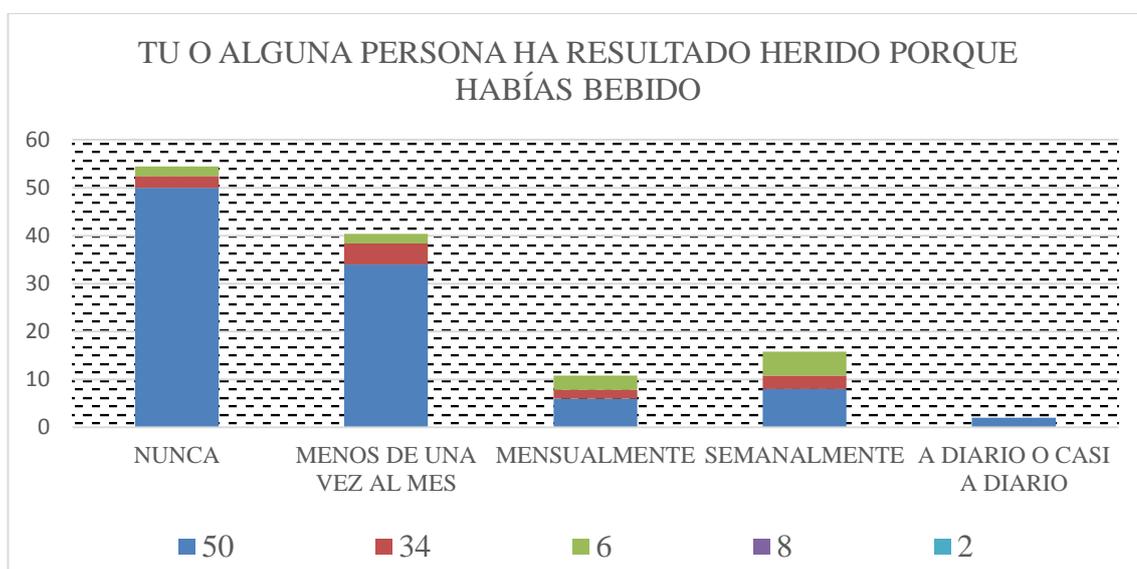
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 92% de las personas con discapacidad consume de 1 a 2 bebidas alcohólicas en un solo día, y el 8% de las PCD consume de 3 a 4 bebidas alcohólicas en un solo día.



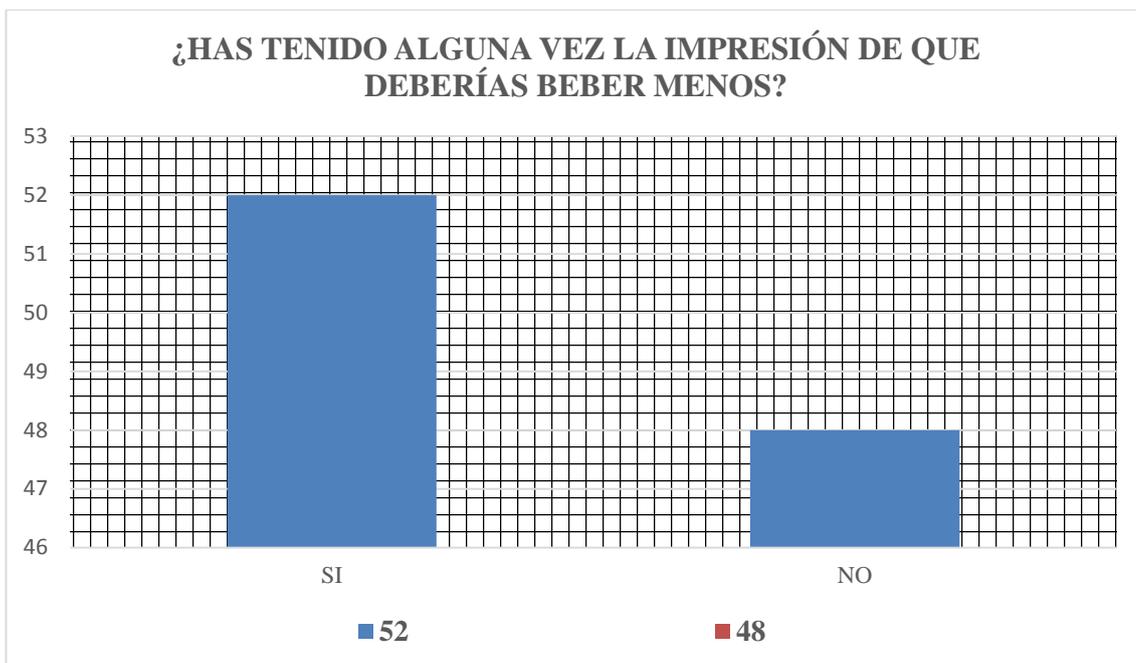
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 58% de las personas con discapacidad dice que nunca, el 28% de las PCD dicen que no han podido parar de beber menos de una vez al mes, el 8% de las PCD lo han hecho mensualmente, el 2% de las PCD han bebido semanalmente y el 8% de las PCD han bebido a diario sin para de beber.



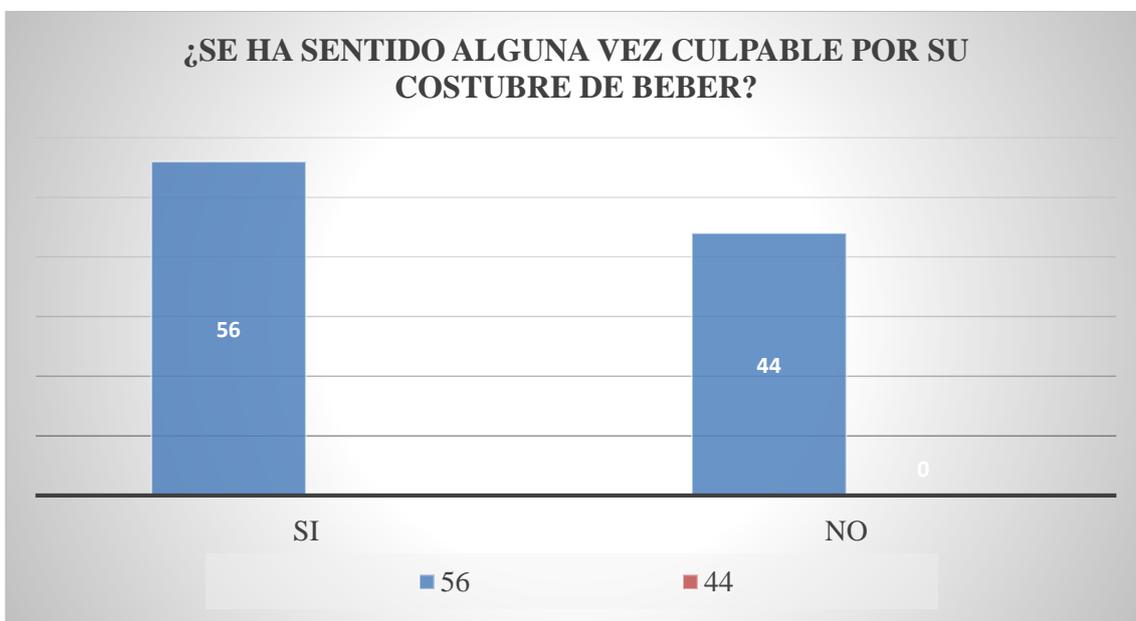
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 50% de las personas con discapacidad dice que nunca habido herido, el 34% de las PCD dicen que habido heridos menos de una vez al mes, el 6% de las PCD dicen que si habido heridos mensualmente, el 8% de las PCD dicen que habido heridos por consumir alcohol semanalmente y el 2% de las PCD dicen que habido heridos casi a diario por consumir alcohol.



Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

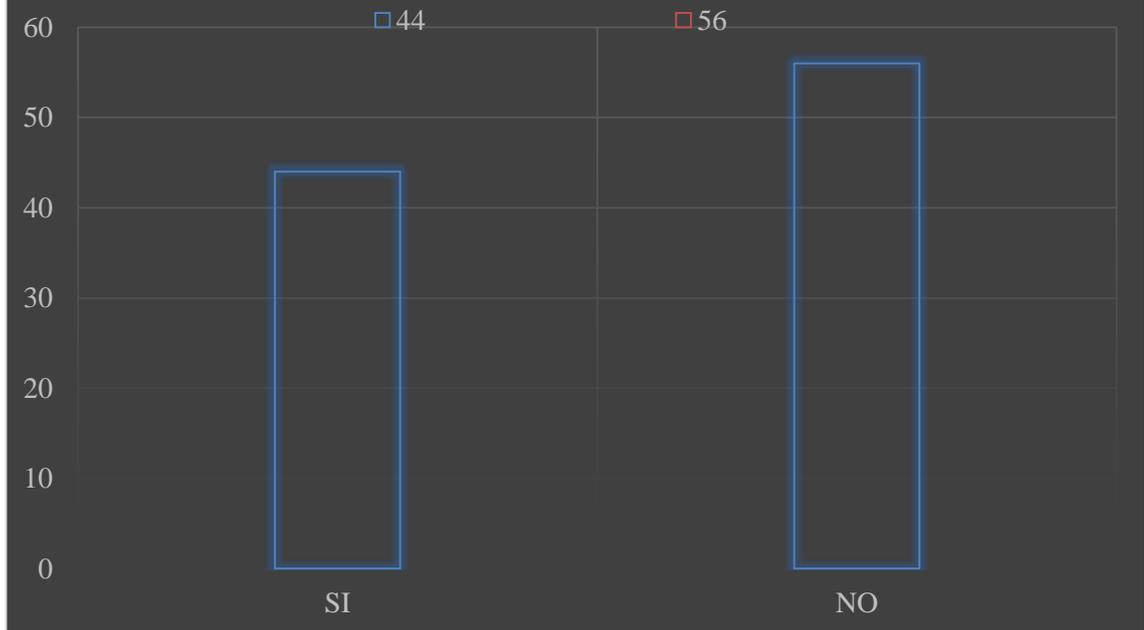
El 52% de las personas con discapacidad dicen que si tienen la impresión que deberían beber menos, y el 48% de las PCD dicen que no tienen la impresión de beber menos.



Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 56% de las personas con discapacidad dicen que si se sienten culpables por su costumbre de beber, y el 44% de las PCD dicen que no se sienten culpables por su costumbre de beber.

¿ALGUNA VEZ LO PRIMERO QUE HAS HECHO HA SIDO BEBER PARA CALMAR SUS NERVIOS O PARA LIBERARSE DE UNA RESACA?

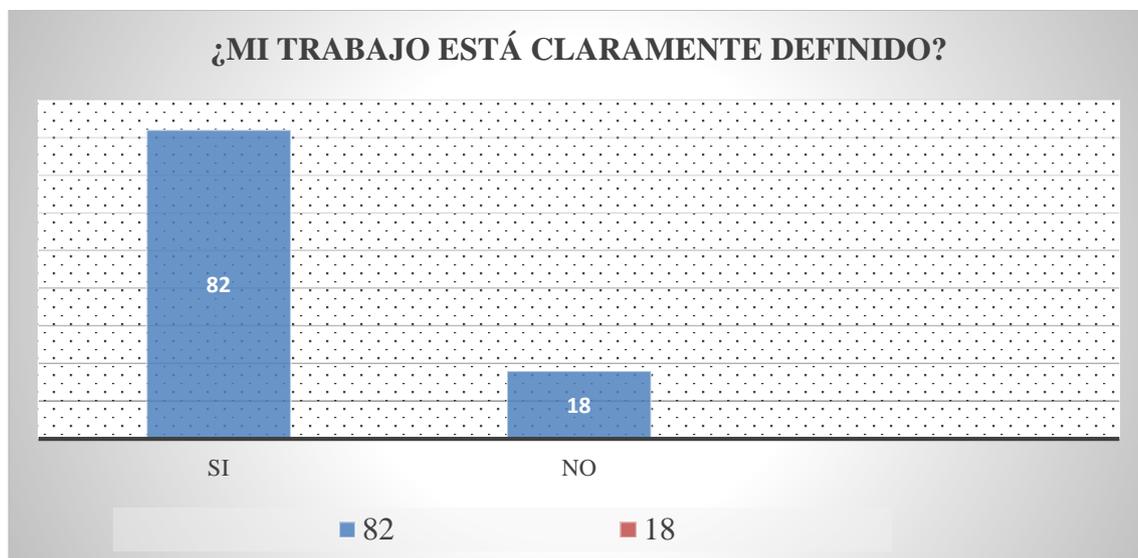


Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 44% de las personas con discapacidad dicen que si han bebido para calmar sus nervios o liberarse de una resaca, y el 56% de las PCD dicen que no han bebido para calmar sus nervios ni liberarse de ninguna resaca.

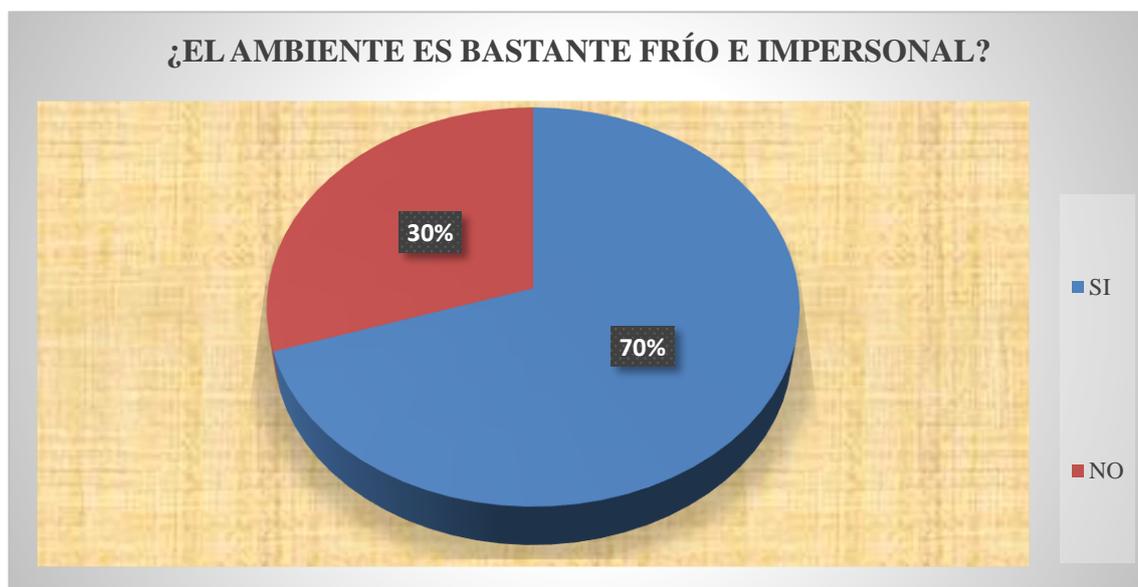
ADAPTACIÓN LABORAL.

Detectar los trastornos de adaptación en las personas con discapacidad.



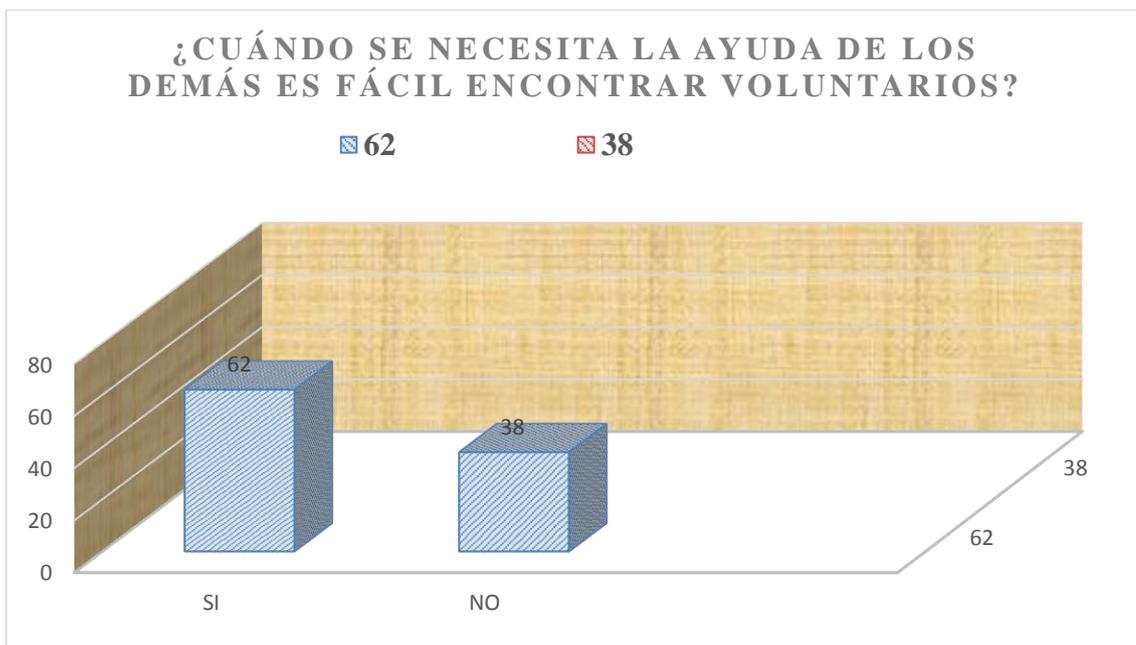
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 82% de las personas con discapacidad dicen que su trabajo sí está claramente definido y que el 18% de las PCD dicen que su trabajo no está claramente definido.



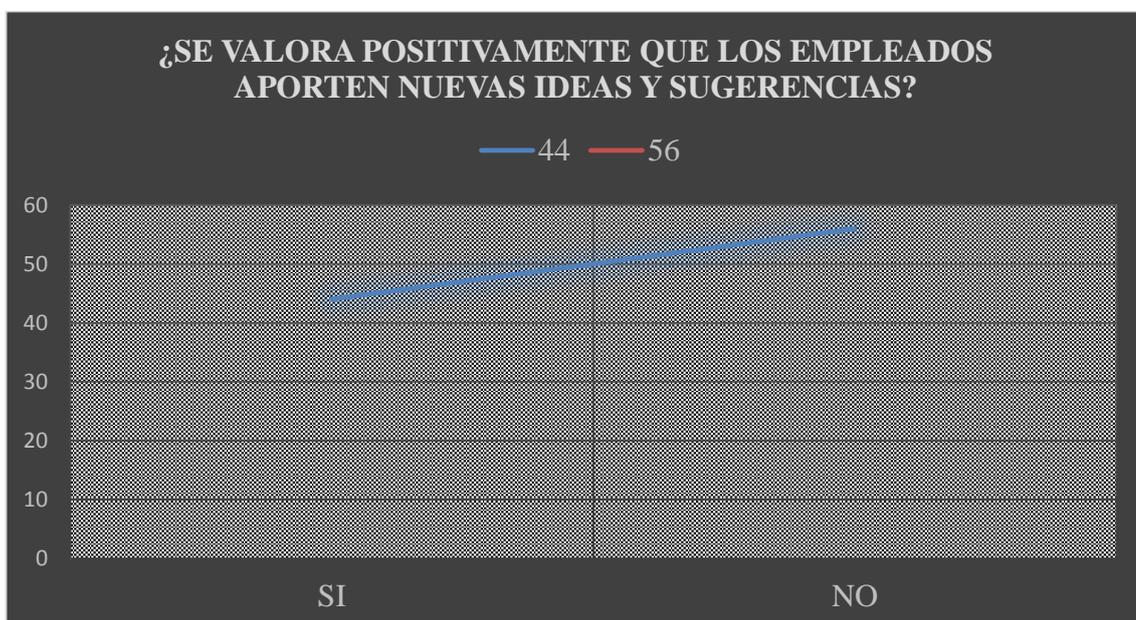
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 70% de las personas con discapacidad dicen que su ambiente si es bastante frío e impersonal y el 30% de las PCD dicen que su ambiente no es frio e impersonal.



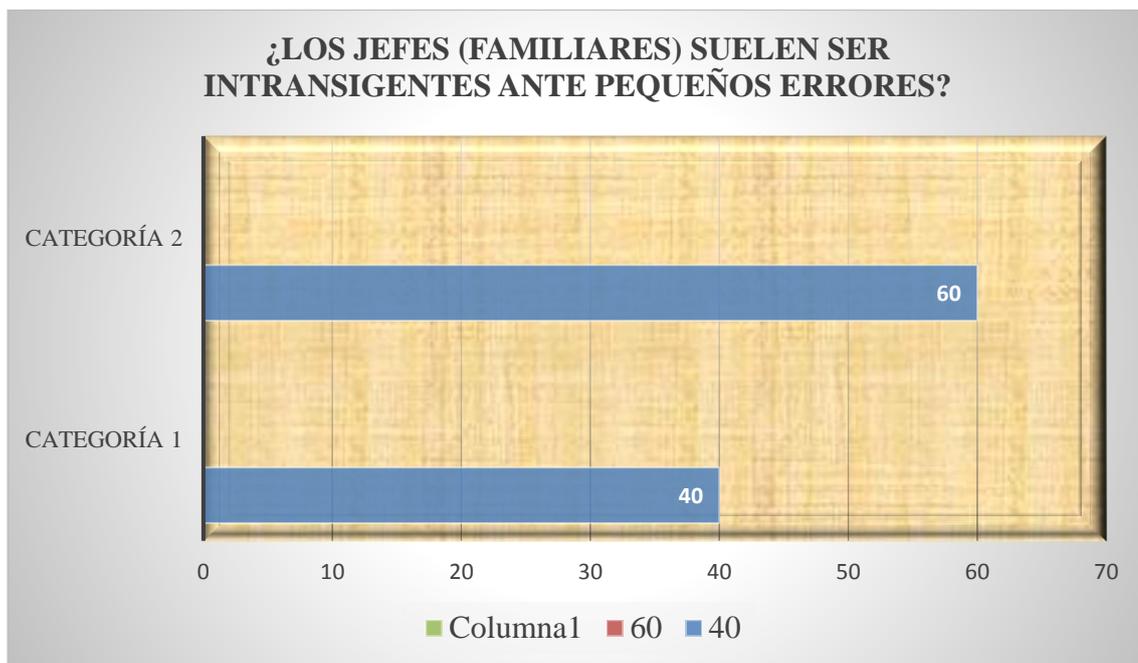
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 62% de las personas con discapacidad dicen que si es fácil encontrar voluntarios cuando se les necesita y el 38% de las PCD dicen que no es fácil encontrar voluntarios cuando se les necesita.



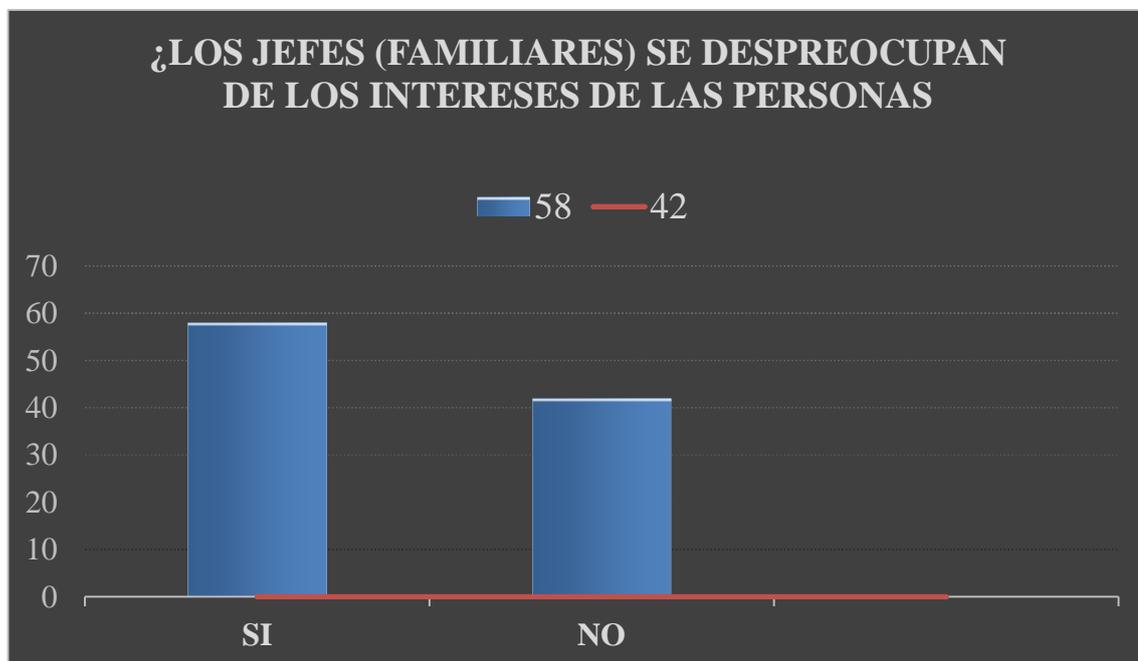
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 44% de las personas con discapacidad dicen que no se valora positivamente sus ideas y sugerencias y el 56% de las PCD dicen que si se valora positivamente la aportación de nuevas ideas y sugerencias



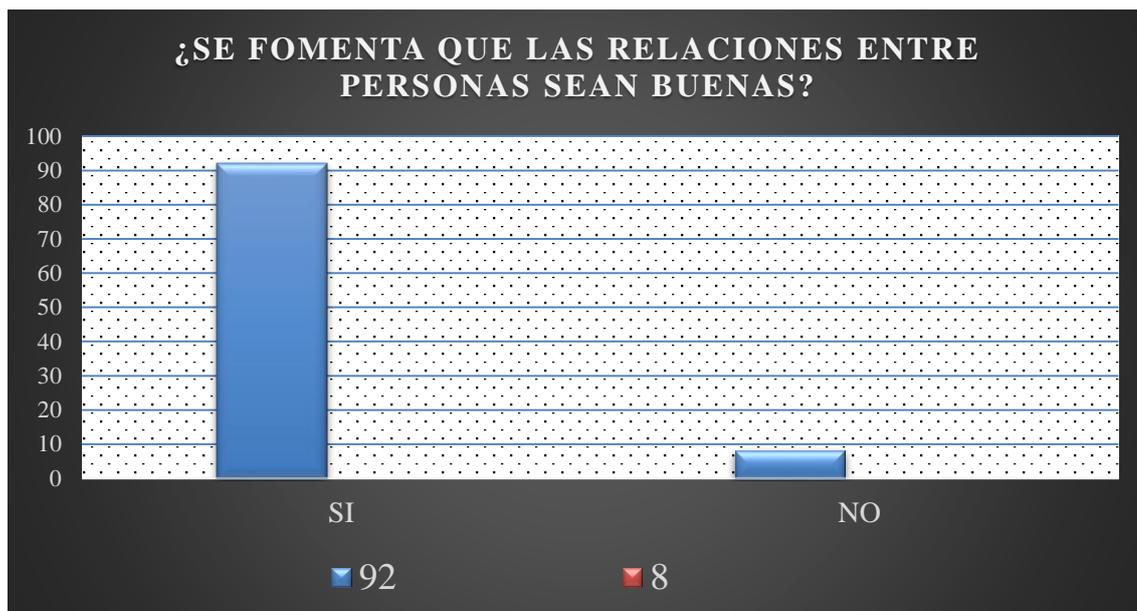
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 60% de las personas con discapacidad dicen que los jefes y familiares si suelen ser intransigentes ante pequeños errores y el 40% de las PCD dicen que los jefes y familiares no son intransigentes ante pequeños errores.



Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 58% de las personas con discapacidad dicen que los jefes y familiares se desprecupan de los interese y de las personas y el 42% de las PCD dicen que los jefes y familiares no se desprecupan de los interese de las personas



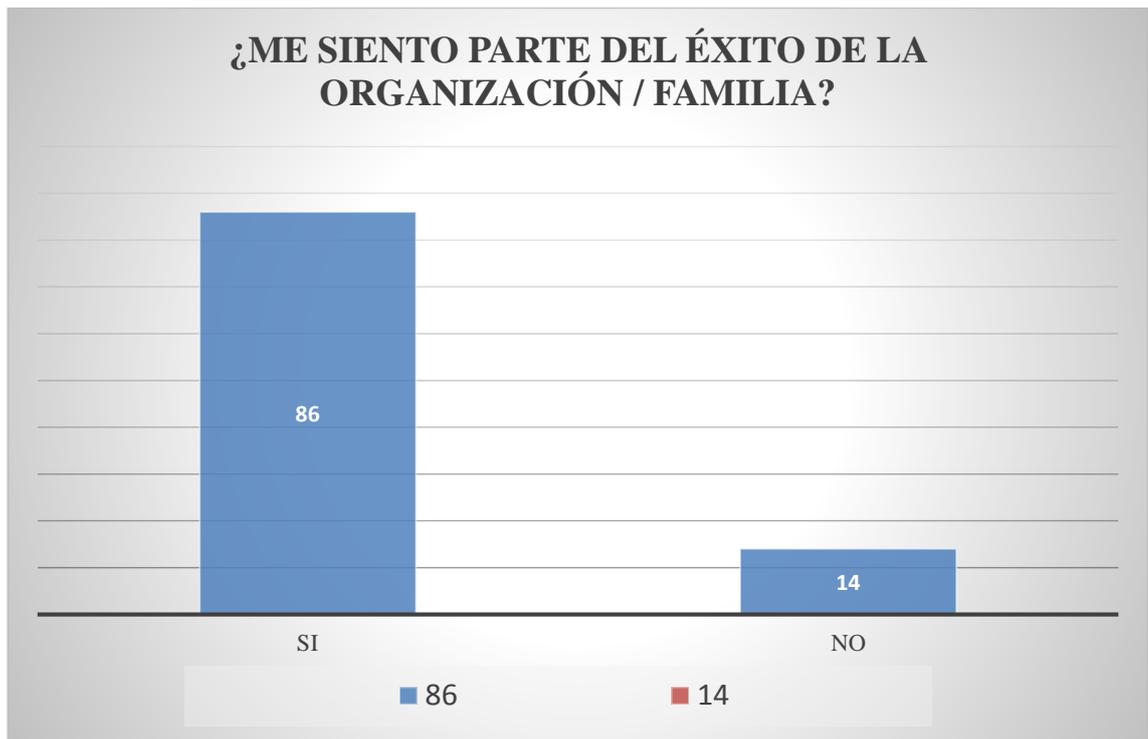
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 92% de las personas con discapacidad dicen que si se fomenta que las relaciones entre personas sean buenas y el 8% de las PCD dicen que no se fomenta que las relaciones entre personas sean buenas.



Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 80% de las personas con discapacidad dicen que si se sienten apoyados por los jefes y familiares y el 20% de las PCD dicen que no se sienten apoyados por los jefes y familiares.



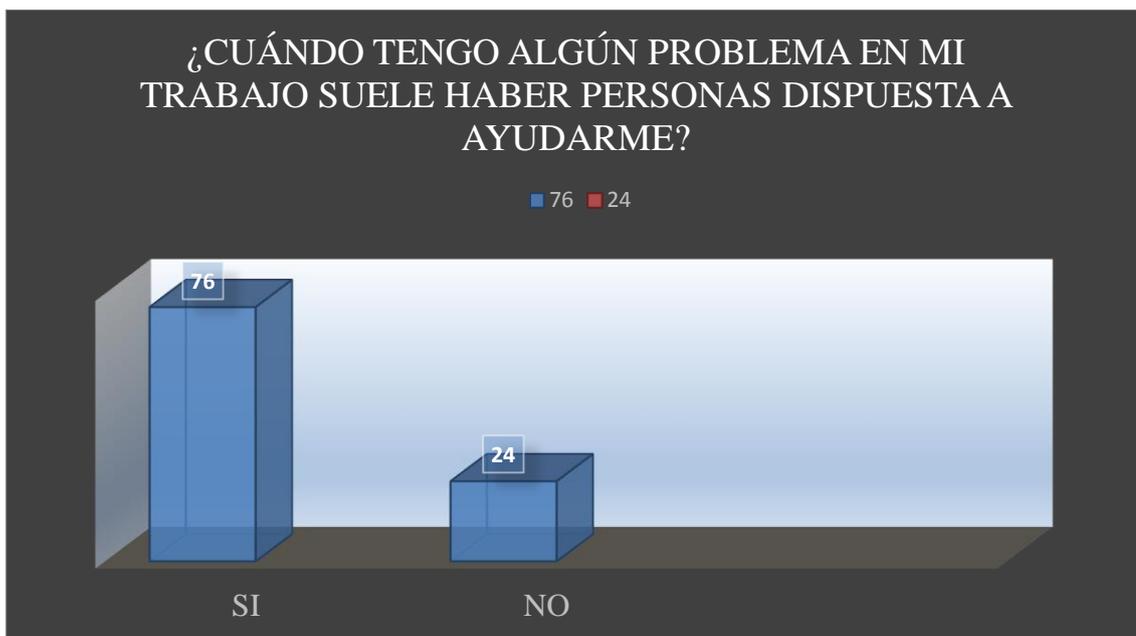
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 86% de las personas con discapacidad dicen que si se sienten parte del éxito de la organización y el 14% de las PCD dicen que no se sienten parte del éxito de la organización.



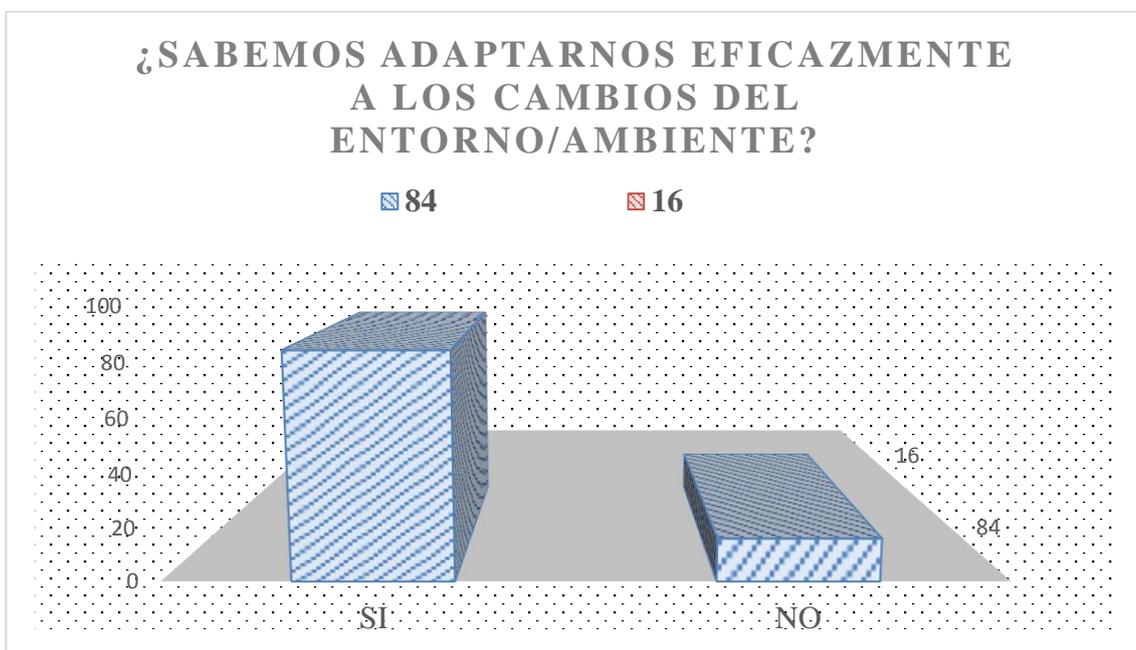
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 84% de las personas con discapacidad creen que sus superiores si les ayudarían necesitan una ayuda y el 16% de las PCD creen que sus superiores no les ayudarían en una necesidad.



Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 76% de las personas con discapacidad dicen que si hay personas dispuesta a ayudarles cuando tienen algún problema y el 24% de las PCD dicen que no hay personas dispuesta para ayudarles cuando tienen problemas.



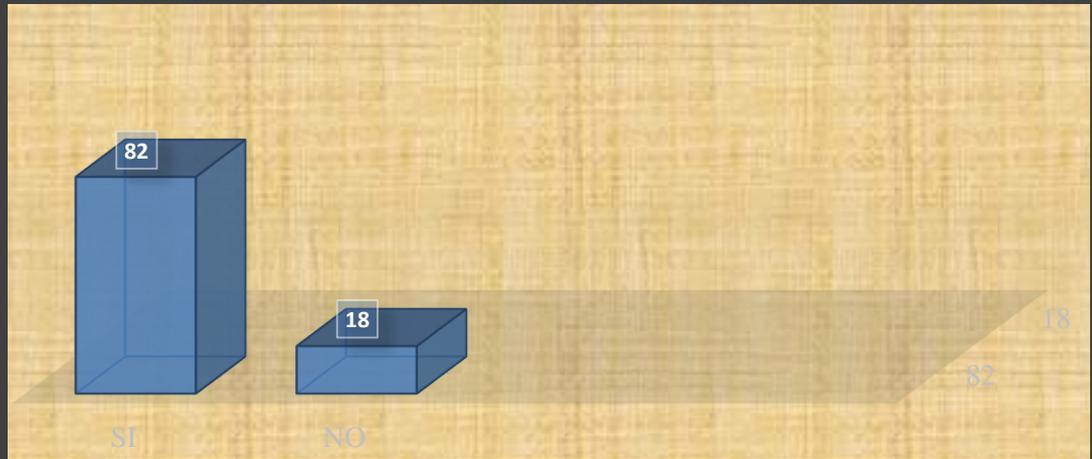
Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 84% de las personas con discapacidad responden que si se saben adaptarse eficazmente al entorno o ambiente y el 16% de las PCD responden que no se saben adaptar eficazmente al entorno o ambiente.

¿ESTOY FELIZ CON MI TRABAJO?

■ 82

■ 18



Fuente: (Pablo Urgilés, 2014)

El 82% de las personas con discapacidad responden que si están feliz con su trabajo y el 18% de las PCD responden que no están feliz con su trabajo.

CAPÍTULO 3.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

INVENTARIO DE BECK.

- ❖ **TRISTEZA:** El 18 % Personas con Discapacidad (PCD) Manifiestan una tristeza grave y 26 % PCD manifiestan una tristeza profunda que no pueden soportarlo.
- ❖ **FRACASO:** El 18 % de las PCD se ven como un fracaso total como persona estando en un rango profundo.
- ❖ **CULPA:** El 22% de las PCD manifiestan que se sienten culpables constantemente.
- ❖ **EXPECTATIVAS DE CASTIGO:** El 6% de las PCD espera ser castigada y el 30% de las PCD manifiestan que están siendo castigados constante mente
- ❖ **AUTOACUSACIÓN:** El 6% de las PCD se culpa por todo lo malo que sucede en su vida
- ❖ **IDEAS SUICIDAS:** El 2% de las PCD desearía poner fin a su vida y el 2% de las PCD se suicidaría si tuviera la oportunidad.
- ❖ **EPISODIOS DE LLANTO:** El 20% de las PCD llora continuamente y el 14% de las PCD no puede dejar de llorar aunque se lo proponga.
- ❖ **PREOCUPACIÓN SOMÁTICA:** El 42% de las PCD están tan preocupados por las enfermedades que son incapaces de pensar en otras cosas.

ESTADO DE ANSIEDAD DE HAMILTON.

- ❖ **ESTADO ANSIOSO:** El 44% de las PCD manifiestan ansiad elevada y el 2% de las PCD manifiestan ansiedad al máximo

- ❖ **TENSIÓN:** El 34% de las PCD manifiestan tensión media, y el 46% de las PCD manifiestan tensión elevada.
- ❖ **MIEDOS:** El 68% de las PCD manifiestan miedos graves
- ❖ **ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO:** el 36% de las PCD manifiestan ánimo depresivo grave y el 4% de las PCD manifiestan ánimo depresivo profundo (al máximo)
- ❖ **CONDUCTA EN EL TRANCURSO DEL TEST:** El 52% de las PCD manifiestan ansiedad moderada en el transcurso de la aplicación del test y el 24% de las PCD manifiestan ansiedad grave en el transcurso de la aplicación del test de ansiedad de Hamilton.

TEST AUDIT Y CAGE.

- ❖ **CON QUÉ FRECUENCIA CONSUMES BEBIDAS ALCOHÓLICAS:** El 6% de las PCD consume bebidas alcohólicas de 2 a 4 veces al mes, y el 10% de las PCD consume bebidas alcohólicas de 4 o más veces al mes.
- ❖ **CON QUÉ FRECUENCIA TE TOMAS 6 O MAS BEBIDAS ALCOHOLICAS EN SU SOLO DÍA:** El 92% de las personas con discapacidad consume de 1 a 2 bebidas alcohólicas en un solo día, y el 8% de las PCD consume de 3 a 4 bebidas alcohólicas en un solo día.
- ❖ **SE HA SENTIDO ALGUNA VEZ CULPABLE POR SU COSTUMBRE DE BEBER:** El 56% de las personas con discapacidad dicen que si se sienten culpables por su costumbre de beber, y el 44% de las PCD dicen que no se sienten culpables por su costumbre de beber.

ADAPTACIÓN LABORAL.

- ❖ **MI TRABAJO ESTÁ CLARAMENTE DEFINIDO:** El 82% de las personas con discapacidad dicen que su trabajo sí está claramente definido y que el 18% de las PCD dicen que su trabajo no está claramente definido.

- ❖ EL AMBIENTE ES BASTANTE FRÍO E IMPERSONAL: El 70% de las personas con discapacidad dicen que su ambiente si es bastante frío e impersonal y el 30% de las PCD dicen que su ambiente no es frio e impersonal.
- ❖ SE FOMENTA QUE LAS RELACIONES ENTRE PERSONAS SEAN BUENAS El 92% de las personas con discapacidad dicen que si se fomenta que las relaciones entre personas sean buenas y el 8% de las PCD dicen que no se fomenta que las relaciones entre personas sean buenas.
- ❖ ME SIENTO PARTE DEL ÉXITO DE LA ORGANIZACIÓN / FAMILIA: El 86% de las personas con discapacidad dicen que si se sienten parte del éxito de la organización y el 14% de las PCD dicen que no se sienten parte del éxito de la organización.
- ❖ CUANDO TENGO ALGÚN PROBLEMA EN MI TRABAJO SUELE HABER PERSONAS DISPUESTA A AYUDARME: El 76% de las personas con discapacidad dicen que si hay personas dispuesta a ayudarles cuando tienen algún problema y el 24% de las PCD dicen que no hay personas dispuesta para ayudarles cuando tienen problemas.
- ❖ SABEMOS ADAPTARNOS EFICAZMENTE A LOS CAMBIOS DEL ENTORNO O AMBIENTE: El 84% de las personas con discapacidad responden que si se saben adaptarse eficazmente al entorno o ambiente y el 24% de las PCD responden que no se saben adaptar eficazmente al entorno o ambiente.
- ❖ ESTOY FELIZ CON MI TRABAJO: El 82% de las personas con discapacidad responden que si están feliz con su trabajo y el 18% de las PCD responden que no están feliz con su trabajo.

RECOMENDACIONES:

- ❖ La información obtenida puede ser utilizada por cualquier institución pública y privada para dar continuidad al tratamiento de las PCD en la Parroquia de San José de Raranga. Concientización
- ❖ De acuerdo al diagnóstico obtenido se ve la necesidad de aplicar tratamientos para la ansiedad, depresión consumo de alcohol y trastornos afectivos
- ❖ Buscar ayudas para disminuir la pobreza, marginalidad, consumo de alcohol y migración.
- ❖ El 7% de la población necesita ser intervenida con terapias individuales, grupales, familiares y comunitarias.
- ❖ Este trabajo puede servir como punto de partida a intervenciones psicosociales en aquellos grupos que lo requieran por parte de otros investigadores, MSP, MIES.
- ❖ Se recomienda a los organismos utilizar los resultados de co-morbilidad mental para contribuir a la inclusión de las personas con discapacidad.
- ❖ Facilitar talleres, charlas grupales, individuales y familiares, con el fin de obtener una salud mental óptima en este tipo de población
- ❖ Psicoeducación a los familiares y autoridades de las comunidades para asumir la responsabilidad de la “inclusión en las personas con discapacidad” como un problema sistémico que reclama solución a distintos niveles y no sólo una actividad en personal.
- ❖ Prestar particular atención a la eliminación de las conductas de exclusión social y de maltrato verbal que impiden lograr una buena convivencia entre los familiares y las personas con discapacidad.

- ❖ Evitar que los cuidadores puedan intencionada o inconscientemente inducir al maltrato psicológico, físico cuando manifiestan una actitud negativa hacia la persona con discapacidad, ya sea esta discapacidad motriz, intelectual o sensorial.
- ❖ Las entidades de orden público y privado se encarguen directamente de iniciar un proceso de prevención de consumo de alcohol, bajar la ansiedad, depresión, mediante la concientización y la educación a los familiares responsables de su cuidado y a las personas con discapacidad.
- ❖ Organizar encuentros al menos una vez por mes para disminuir las actitudes de denigración o etiquetación a las personas con discapacidad en las casas como en la comunidad, ayudando a desarrollar habilidades para resolver conflictos de rechazo y culpa.
- ❖ Realizar labores preventivas dentro de la comunidad con videos, entregas de trípticos a los familiares, personas responsables de su cuidado, líderes comunitarios, incentivando a las formas de prevención.
- ❖ Incluir a los familiares en el proceso de elaboración y aprobación de las normas básicas de conducta aplicables en el hogar, iniciando con el buen trato.
- ❖ Por lo que se requiere el siguiente personal para dar una adecuada intervención a esta investigación de acuerdo a los diagnósticos obtenidos:
 - ❖ Psicólogos Clínicos. Para trabajar la ansiedad y la depresión
 - ❖ Terapeuta Grupal. Fortalecer lo afectivo cognitivo
 - ❖ Psiquiatra. Para dar tratamiento farmacológico a personas con ansiedad y depresión grave
 - ❖ Trabajadora Social. Mejorar el ambiente de la familia y la comunidad
 - ❖ Médico Familiar. Tratar problemas biológicos
 - ❖ Psicólogos Educativos. Trabajar en estimulación con los niños en desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA.

Barton, L. Sociología y discapacidad: algunos temas nuevos. Madrid: Morata/Fundación Paideia 1998.

CEPAL. Panorama social de América Latina, 2012 [citado 20 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/48455/PanoramaSocial2012DocI-Rev.pdf>

Collado Hernández H. Las Personas con Discapacidad en Centro América. Seminario Iberoamericano Accesibilidad al Medio Físico, Guatemala. 2007 [citado 30 Abr 2013]. Disponible-en:

<http://www.minsa.gob.ni/bns/discapacidad/docs/epidemiol/La%20discapacidad%20en%20Centro%20America.pdf>

Disponible-en:

www.uclm.es/variros/revistas/docenciaeinvestigacion/pdf/numero6/Modelos_Discapacidad.doc

Gispert Magarolas R. Prevalencia de la discapacidad en España por comunidades autónomas: El papel de los factores individuales y del entorno geográfico en su variabilidad. Rev Española de Salud Pública. 2009; 83:821-34.

López, M. Modelos teóricos e investigación en el ámbito de la discapacidad. Hacia la incorporación de la experiencia personal. Docencia e Investigación, año XXXI. 2006 (16), 215240.

Molina Béjar Rocío. La discapacidad y su inclusión social: un asunto de justicia. Rev.fac.med.unal [serial on the Internet]. 2005 [citado 28 Abr 2013]; 53(4): 259-262. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112005000400007&lng=en.

Naciones Unidas – Derechos Humanos. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Nueva York y Ginebra, 2008 [citado 30 Abr 2013].

Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool_sp.pdf

Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Ginebra, 2006 [citado 29 Abr 2013].

Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la discapacidad, 2012 [citado 14 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/disability/es/index.ht>

Organización Mundial de la Salud. Discapacidades, 2013 [citado 14 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Red Latinoamericana de Organizaciones no Gubernamentales de Personas con Discapacidad y sus Familias (RIADIS). La situación de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe. 2008 [citado 14 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.riadis.net/documentos-historia/situaciondiscapacidad-america-latina-y-caribe/> 13. Vázquez A. La discapacidad en América Latina. 2010 [citado 14 Abr 2013]. Disponible en:

Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Discapacidad SPA.pdf](http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/DiscapacidadSPA.pdf)

The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008.

Grech S. Living with disability in rural Guatemala: exploring connections and impacts on poverty. *International Journal of Disability, Community and Rehabilitation*, 2008, 7(2) (http://www.ijdc.ca/VOL07_02_CAN/articles/grech.shtml, accessed 4 August 2010).

Grammenos S. *Illness, disability and social inclusion*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003

(<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2003/35/en/1/ef0335en.pdf>, accessed 6 August 2010) undation, 2003.

Cerezo, F. (2002). El bullying y su relación con las actitudes de socialización en una muestra de adolescentes. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*.

Olweus, D. (1978). *Aggression in the schools: Bullies and whipping boys*. Washington, D.C.: Hemisphere (Wiley)

Cano Vindel y Miguel Tobal, 1994. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*. Issn-1138-493x. Depósito legal: m-44928, volumen: 2 número: 1, reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales

Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés. Investigación sobre "ansiedad y estrés" Grupo de Investigación "Cognición, Emoción y Salud" Presidente de la SEAS. E-mail: canovindel@psi.ucm.es

Hacia una base estructural cerebral de la patología dual(1) Juncal Sevilla Vicente (2) Ignacio Basurte Villamor

¿El estado de humor depresivo, el estrés o los síntomas psicóticos provocan el uso de drogas o el uso de drogas provoca o empeora estos síntomas en la esquizofrenia? Nestor Szerman, Miguel Casas

Trastornos de la alimentación y uso de sustancias: ¿primos hermanos? Ignacio Basurte Villamor (1) y M^a Juncal Sevilla Vicente (2)

Categorial o Dimensional. En las puertas del DSM-V y la CIE-10, la importancia de reconsiderar la nosología especialmente en adicciones y considerando la relevancia de la comorbilidad/patología dual José Martínez Raga

Artículos a cerca de la comorbilidad.

Dos artículos de Patología Dual entre los 5 mejores seleccionados en 2010_Néstor Szerman.

Bibliografía de los Test.

Textos consultados

Diccionario terminológico de ciencias médicas, 12ª edición. Salvat Editores (eds.), S.A. 1984.

Farreras-Rozman: Medicina Interna, 14ª Edición. Ediciones Harcourt S.A. 2000.

Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, Madrid 2003.

Vademécum Internacional Medicom. Medimedia-Medicom, S.A. Madrid 2003.

Alberca Serrano R. et alii (et al.). Demencias: diagnóstico y tratamiento. Masson S.A., Barcelona 1998.

Martínez Lage JM, Martínez-Lage Álvarez P. Concepto, criterios diagnósticos y visión general de las demencias. En: Manual de demencias. López-Pousa S, Villalta J, Llinás J (eds.). ProusScience, Barcelona 1996.

Martínez Lage JM, Láinez Andrés JM. El Alzheimer: teoría y práctica. Aula médica ediciones, Madrid 2000.

Agüera Ortiz, L.F: Demencia, una aproximación práctica, 1ª edición. Masson, S.A. 1998.

Young PA, Young PH. Neuroanatomía clínica funcional. Masson – Williams &Wilkins, Barcelona 1997.

López-Pousa S, VilaltaFranch J, LlinàsReglà J (eds.). Manual de Demencias, 2ª Edición. Prous Science, Barcelona 2001.

Hachinski VC, Lassen NA, Marshall J. Multi-infarct dementia: a cause of mental deterioration in the elderly. *Lancet* 1974; 2:207-210.

Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry* 1982; 139:1136-1139.

Pfeiffer, E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society* 1975; 23:433-441.

1) Ewing JA. Detecting alcoholism. The cage questionnaire. *JAMA* 1984; 252(14): 1905

2) Dervaux A, Bayle FJ, Laqueille X, Bourdel MC, Leborgne M. Validity of the CAGE questionnaire in schizophrenic patients with alcohol abuse and dependence. *Schizophr Res.* 2006 Jan 31; 81(2-3) :151-5. Epub 2005 Nov 28.

ÍNDICE DE ANEXOS.

Anexo 1: Oficio solicitando la aprobación del diseño de tesis al Decano de la Escuela de Psicología, facultad de filosofía, Máster Carlos Delgado	63
Anexo 2: Informe de la Junta Académica de Psicología Clínica	64
Anexo 3: Certificado de autorización para la realización de la Tesis.....	65
Anexo 4: Diseño de tesis aprobado por el Consejo de Facultad de Filosofía	66
Anexo 5: Test aplicados: Depresión de Beck, Ansiedad de Hamilton, Consumo de Alcohol AUDIT Y CAGE, Adaptación Laboral (en el Hogar y la Comunidad).....	67

ANEXO 1.

OFICIO SOLICITANDO LA APROBACIÓN DEL DISEÑO DE TESIS
AL DECANO DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA, FACULTAD DE
FILOSOFÍA, MÁSTER CARLOS DELGADO.



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY

Cuenca 3 de Octubre 2013.

Máster.

CARLOS DELGADO,

DECANO DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA FACULTAD DE FILOSOFÍA

Su Despacho.

De mi Consideración:

Reciba un cordial saludo y el deseo de éxito en sus funciones que desempeña diariamente en beneficio de la Universidad.

Yo, Pablo Vicente Urgilés Samaniego, estudiante egresado de la escuela de Psicología Clínica de la facultad de filosofía, de la Universidad del Azuay con el código 45045, ya fue presentado el diseño de tesis al tribunal y ha sido aprobado por el mismo, bajo el tema: Incidencia de Comorbilidad Mental en un Grupo de Personas con Capacidades Diferentes que Residen en una Población Rural del Cantón Sísig.

Solicitando de la manera más comedida a usted como decano la escuela de Psicología Clínica, se me apruebe el diseño de tesis para la continuación y desarrollo de la misma.

De antemano le quedo muy agradecido por la acogida brindada

Atte.

Pablo Urgilés Samaniego.

Estudiante Egresado de la Universidad del Azuay.



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
FACULTAD DE
FILOSOFÍA
SECRETARÍA

ANEXO 2.

INFORME DE LA JUNTA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
CLÍNICA.

ANEXO 2.

INFORME DE LA JUNTA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
CLÍNICA.

INFORME DE LA JUNTA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

La Junta Académica de la Escuela de Psicología Clínica en sesión 02 de octubre del 2013 presidida por el Dr. Patricio Cabrera y conformada por la Dra. Ana Lucia Pacurucu y la Mst. Eva Peña Contreras, receptaron el informe de la exposición de Diseño de tesis titulado: **"Incidencia de comorbilidad mental en un grupo de personas con capacidades diferentes que residen en una población rural del cantón Sígsig"** del Señor Pablo Vicente Urgilés Samaniego, con el código 45045, por cuanto resuelve, recomendar el paso a Consejo de Facultad para su aprobación definitiva.



Dr. Patricio Cabrera

Directora de Psicología Clínica

Dra. Ana Lucía Pacurucu

Miembro de la Junta Académica



Mst. Eva Peña C.

Miembro de la Junta Académica.

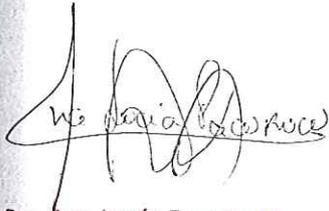
INFORME DE LA JUNTA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

La Junta Académica de la Escuela de Psicología Clínica en sesión 02 de octubre del 2013 presidida por el Dr. Patricio Cabrera y conformada por la Dra. Ana Lucia Pacurucu y la Mst. Eva Peña Contreras, receptaron el informe de la exposición de Diseño de tesis titulado: "Incidencia de comorbilidad mental en un grupo de personas con capacidades diferentes que residen en una población rural del cantón Sígsig" del Señor Pablo Vicente Urigilés Samaniego, con el código 45045, por cuanto resuelve, recomendar el paso a Consejo de Facultad para su aprobación definitiva.



Dr. Patricio Cabrera

Director de Psicología Clínica



Dra. Ana Lucía Pacurucu

Miembro de la Junta Académica



Mst. Eva Peña C.

Miembro de la Junta Académica.

353-13

CERTIFICADO: Que este Documento
es una Copia del Original
Cumos, 20 de Enero del 2014

SECRETARIA
Fact. 48822

ANEXO 3.

CERTIFICADO DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE
LA TESIS



Oficio No. 353-13-FF-UDA

Cuenca, 10 de octubre de 2013.

Dr. Patricio Cabrera Orellana (Director)
Mst. Martha Cobos Cali (Tribunal)
Dr. Jorge Espinoza Quinteros (Tribunal)
Ciudad

De mi consideración:

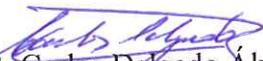
El Consejo de Facultad de Filosofía, en sesión del día 10 de octubre de los corrientes, aprobó el Diseño de Tesis del estudiante: Pablo Vicente Urgirlés Samaniego, con el tema: "Incidencia de comorbilidad mental en un grupo de personas con capacidades diferentes que residen en una población rural del cantón Sigsig". Tesis previa a la obtención del título de Psicólogo Clínico.

De acuerdo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad, el Director está en la obligación de entregar a la Junta Académica, durante la semana siguiente a su designación, el horario de atención para la dirección, así como pasar los informes mensuales de las sesiones realizadas.

De conformidad con las correspondientes disposiciones reglamentarias "el estudiante, **una vez egresado**, dispondrá como máximo de dos años para culminar su trabajo de titulación o graduación; pasado este tiempo se someterán a los requerimientos de actualización de conocimientos determinados por la Institución". El Sr. Urgirlés egresó el 29 de mayo de 2013.

El interesado está en la obligación de entregar al Director de Tesis copia certificada del diseño aprobado; y, en la Secretaría de la Facultad en el plazo de 8 días, el Derecho de Matrícula de Tesis.

Atentamente,


Mst. Carlos Delgado Álvarez
Decano de la Facultad de Filosofía

c.c.: Estudiante
Junta Académica PCL.

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
 INFORME ACADÉMICO DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

JUNTA ACADÉMICA DE:
 PROFESORES QUE INFORMAN:

Dr. Patricia Cabrera.....
 Ust. Martha Cobos.....
 Dr. Jorge Espinoza.....

ALUMNO(S): Pablo Vicente Urgiles Samaniego.....
 TÍTULO ACADÉMICO AL QUE SE ASPIRA: Psicología Clínica.....

TEMA:
 Incidencia de comorbilidad mental en un grupo de personas con
 capacidades diferentes que residen en una población rural del
 cantón Sigüigüe

Una vez realizado el estudio del diseño. Se procede a la aprobación correspondiente por los siguientes motivos académicos:

	SI	NO	Reformular
1. ¿El tema propuesto es factible de realización?	✓		

2. Esquema metodológico: (correlación del tema con los objetivos y marco teórico).	✓		
¿Hay correlación de la metodología con el tema?	✓		
¿Existe correlación de la metodología con los objetivos?	✓		
¿Hay correlación del tema con los objetivos?	✓		
¿Se nota la correlación del tema con marco teórico?	✓		
¿Se advierte la correlación de los objetivos con el marco teórico?	✓		

	SI	NO	Reformular
3. ¿La formulación de los objetivos es adecuada?	✓		

4. Las técnicas que se utilizarán para el desarrollo de la investigación son:
1 Entrevistas
2 Aplicación de test Psicológicos.
3 Diagnostico Clínico
4 Estadístico.
5

	SI	NO	Reformular
5. ¿Las referencias bibliográficas son suficientes y adecuadas al tema?	✓		

	APROBADO	REPROBADO	Apr. con modif.
6. APRECIACIÓN FINAL	✓		

Cuenca 01 de Octubre de 2013.

Director: *[Signature]* Dr. Patricia Cabrera
 Miembro de Tribunal: *[Signature]* Dr. Jorge Espinoza
 Miembro de Tribunal: *[Signature]* Ust. Martha Cobos

Pasa a Concejo, Martes 01/Oct/2013

[Signatures]



ANEXO 4.

DISEÑO DE TESIS APROBADO POR EL CONSEJO DE
FACULTAD DE FILOSOFÍA



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY



UNIVERSIDAD DEL AZUAY.

FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DISEÑO DE TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

PSICÓLOGO CLÍNICO

TÍTULO.

Incidencia de Comorbilidad Mental en un Grupo de Personas con Capacidades Diferentes que Residen en una Población Rural del Cantón Sígsig.

Autor: Pablo Vicente Urgilés Samaniego.

Director de diseño de Tesis:

Doctor: Patricio Cabrera.

Cuenca - Ecuador.

2013.



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
FACULTAD DE
FILOSOFÍA
SECRETARÍA

1. TEMA DE INVESTIGACIÓN

Incidencia de comorbilidad mental en un grupo de personas con capacidades diferentes que residen en una población rural del cantón Sigsig.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.

Problema:

En nuestro medio existe una gran cantidad de personas con discapacidad, se estima que de los 2.351 habitantes de la parroquia rural del cantón Sigsig, 150 personas de la comunidad de San José de Rárange, tienen algún tipo de discapacidad física, intelectual y sensorial que equivale al 7% de la población que necesita ser intervenida.

Por ende la comorbilidad de discapacidad y problemas mentales es frecuente, sin embargo se desconoce su incidencia en poblaciones de nuestro medio, más aún de aquella proveniente de un medio rural. Este trabajo pretende recopilar estos datos que servirán de punto de partida a intervenciones psicosociales en aquellos grupos que lo requieran por parte de otros investigadores.

Comorbilidad. Se denomina así a las afecciones que vienen a agregarse a la enfermedad primaria relacionada con la discapacidad pero no se relacionan con ella. Por ejemplo, en el 45,7% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 32,8–59,2) de los pacientes con depresión mayor coexistía un trastorno mental más, dos en el 19,9% (IC del 95%, 13,7–27,9) y tres trastornos mentales más en el 8,3% (IC del 95%, 4,5–14,8). El trastorno de ansiedad generalizada estaba presente en el 55,2% de los deprimidos (IC del 95%, 41,6–68), el trastorno de pánico en el 33,8% (IC del 95%, 21,1–47,1), la distimia en el 15,7% (IC del 95%, 10,3–23,4) y el trastorno de somatización en el 6,6% (IC del 95%, 3,3–12,8). En los grupos de pacientes con comorbilidad la depresión fue más severa y con mayor impacto funcional. No hubo diferencias en las variables relacionadas con el manejo clínico.

Datos y cifras

- Más de mil millones de personas, o sea, un 15% de la población mundial, padece alguna forma de discapacidad.
- Entre 110 millones y 190 millones de personas tienen dificultades considerables para funcionar.
- Las tasas de discapacidad están aumentando a causa del envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas, entre otras causas.
- Las personas con discapacidad tienen menos acceso a los servicios de asistencia sanitaria y, por lo tanto, necesidades insatisfechas a este respecto.

3. OBJETIVOS.

3.1. Objetivo General:

Incidencia de comorbilidad mental en un grupo de personas con capacidades diferentes que residen en una población rural del cantón Sigsig.



Incidence

3.2. O

4. MAI

Las Per

informa

que equ

+SP. 2011

Genera

desarro

debido

gran ay

fueron

tipo de

podido

para pe

Del tot

grado

tratami

Enferr

proces

trastor

entre c

Adopc

person

como e

Mayor

discap

en el

intelec

5. CC

CAPIT

a.

b.

c.



3.2. Objetivos Específicos:

- 3.2.1 Detectar la incidencia de desórdenes depresivos en las personas con discapacidad
- 3.2.2 Manifestar la incidencia de desórdenes de ansiedad en las personas con discapacidad
- 3.2.3 Detectar el uso de sustancias nocivas (consumo de alcohol) en las personas con discapacidad
- 3.2.4 Detectar los trastornos de adaptación

4. MARCO TEÓRICO.

Las Personas con Discapacidad son una población vulnerable, se estima sobre la base de la información contenida que 150 personas de la parroquia tienen algún tipo de discapacidad que equivale al 7% de los 2.351 habitantes de San José de Raranga. Fuente: (CEPAL/CELADE Redatam + SP, 2011).

Generalmente a las personas con discapacidad se les niega la posibilidad de educación o de desarrollo profesional; se les excluye de la vida cultural y las relaciones sociales normales debido a sus limitaciones físicas. El apoyo por parte del gobierno de la república ha sido de gran ayuda con las donaciones que ha realizado y la campaña Manuela Espejo, comentan que fueron atendidos por brigadas de médicos Cubanos y Ecuatorianos, en donde recibieron algún tipo de tratamiento, ya que muchas de las veces por la carencia económica no se les ha podido dar el tratamiento adecuado y culpan a la falta de centros de algún tipo de atención para personas discapacitadas.

Del total de personas discapacitadas la misión Manuela Espejo realizó un análisis del tipo y grado de discapacidad, determinando un total de 23 personas. Que reciben algún tipo de tratamiento.

Enfermedades relacionadas con la edad. En algunos grupos de personas con discapacidad el proceso de envejecimiento empieza antes de lo normal. Por ejemplo, algunas personas con trastornos del desarrollo muestran signos de envejecimiento prematuro cuando apenas tienen entre cuarenta y cincuenta años de edad.

Adopción de comportamientos nocivos para la salud. Algunos estudios han indicado que las personas con discapacidad tienen una frecuencia más elevada de comportamientos nocivos como el tabaquismo, una alimentación malsana e inactividad física.

Mayor frecuencia de muerte prematura. Las tasas de mortalidad de las personas con discapacidad varían según la enfermedad primaria. Sin embargo, una investigación efectuada en el Reino Unido comprobó que las personas con trastornos mentales y deficiencias intelectuales tenían una esperanza de vida menor.

5. CONTENIDOS.

CAPÍTULO 1.

- a. Definición de discapacidad
- b. Y cómo la discapacidad puede relacionarse con las alteraciones mentales.
- c. Características de las personas con discapacidad



QUE ES DISCAPACIDAD: Discapacidad y salud: Según la OMS en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), publicada en 1980, una discapacidad "es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano."

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación.

Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado).

Se calcula que más de mil millones de personas —es decir, un 15% de la población mundial— están aquejadas por la discapacidad en alguna forma. Tienen dificultades importantes para funcionar entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) personas mayores de 15 años. Eso no es todo, pues las tasas de discapacidad están aumentando debido en parte al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. (Organización mundial de la salud.)

Tipos De Discapacidad.

- Discapacidad física.
- Discapacidad sensorial visual y auditiva.
- Discapacidad intelectual o motora.
- Discapacidad de aprendizaje.

Respuesta de la OMS.

- Orientará y apoyará a las autoridades y familias a la concientización, con respecto a los problemas de discapacidad, como un componente de las políticas y programas nacionales de salud.
- Facilitará la recopilación y divulgación de datos e información acerca de las personas con discapacidad.
- Elaborará instrumentos normativos, en particular directrices para fortalecer la asistencia sanitaria de las personas con discapacidad.
- Fomentará la ampliación de la rehabilitación en la comunidad y en la familia de las personas con discapacidad.
- La organización de salud, inició estrategias para velar, porque las personas con discapacidad estén enteradas acerca de sus propios problemas de salud y porque el personal sanitario apoye a las personas con discapacidad y proteja sus derechos y dignidad. (Organización mundial de la salud.)

LEY ORGÁNICA DE DISCAPACIDADES EN LA CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR.

La presente Ley tiene por objeto asegurar la prevención, detección oportuna, habilitación y rehabilitación de la discapacidad y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Esta Ley ampara a las personas con discapacidad ecuatorianas o extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano.

Ley tiene los siguientes fines:

1. Estimular e impulsar un subsistema de promoción, prevención, detección oportuna, habilitación, rehabilitación integral y atención permanente de las personas con discapacidad a través de servicios de calidad.
2. Quitar toda forma de abandono, discriminación, odio, explotación, violencia y abuso de autoridad por razones de discapacidad y sancionar a quien incurriere en estas acciones.
3. Promover la corresponsabilidad y participación de la familia, la sociedad y las instituciones públicas, semipúblicas y privadas para lograr la inclusión social de las personas con discapacidad y el pleno ejercicio de sus derechos.
4. Estimular y promover la participación e inclusión plenas y efectivas de las personas con discapacidad en los ámbitos públicos y privados.

CAPÍTULO 2.

- a. Problemas psicológicos.

CAPÍTULO 3.

- a. Resultados.
- b. Datos estadísticos.

Conclusiones.

Recomendaciones:

6. METODOLOGÍA.

- Característica de la investigación: Es un estudio de tipo descriptivo.
- Universo: 150 Personas con Discapacidad de la parroquia rural del cantón Sigüig
- Muestra: Todas las Personas con discapacidad
- Criterios de inclusión:
 1. Todas las Personas con Discapacidad física, intelectual, sensorial, que estén dispuestas a colaborar en el desarrollo de esta tesis de investigación.
 2. A las Personas con Discapacidad intelectual y sensorial, en un rango de gravedad o profunda, no se aplicaran directamente los test, sino será un representante el que conteste las preguntas.
 3. Sin discriminación del tipo de discapacidad, Cognitivo, Afectivo y Conductual.
- Criterios de exclusión:
 - o Las personas con Discapacidad que no deseen colaborar en el desarrollo de esta tesis de investigación.
- Procedimiento
 - o Para el cumplimiento de los objetivos planteados, que son los siguientes:
 1. Detectar la incidencia de desórdenes depresivos en las personas con discapacidad



UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFÍA
SECRETARÍA

Edición autorizada de 20.000 ejemplares
Del 698.501 al 618.500

Nº

Página 5
0602439

2. Manifestar la incidencia de desórdenes de ansiedad en las personas con discapacidad
 3. Detectar el uso de sustancias nocivas (consumo de alcohol) en las personas con discapacidad
 4. Averiguar cuáles son los trastornos de adaptación en las personas con discapacidad
- Se realizarán las siguientes actividades, y se aplicarán los siguientes test:
 - Entrevistas.
 - Encuestas
 - Aplicación de los test instrumentales:
 - Objetivo 1. Se utilizará el test de depresión de Beck.
 - Objetivo 2. Se utilizará el test de ansiedad de Hamilton
 - Objetivo 3. Se utilizará el test AUDIT y CAGE.
 - Objetivo 4. Se utilizará el test de adaptación laboral

7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Reunión y visita en el hogar a las personas con capacidades diferentes, para socializar el tema de tesis, y de su participación.	X					
Desarrollo y aplicación de los test a las PCD.		X	X			
Corrección de los test aplicados a las PCD.				X	X	
Elaboración de conclusiones y recomendaciones.					X	X

8. PRESUPUESTOS Y RECURSOS.

La investigación de esta tesis no tiene fines de lucro por lo que no habrá ningún ingreso.

Materiales	Cantidad	Costo – Egresos
Hojas A4	3000	\$50
Fotocopias	800	\$100
Transporte	300	\$200
Borradores y lápices	40	\$15
Impresora	30	\$130
Anillados	3	\$25
Empastada	2	\$300
Refrigerio	60 por mes	\$240
		Total \$1.060



9. BIBLIOGRAFÍA.

- Cano Vindel y Miguel Tobal, 1994. Revista electrónica de Motivación y Emoción. issn-1138-493x. depósito legal: m-44928, volumen: 2 número: 1, reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales
- Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés. Investigación sobre "ansiedad y estrés" Grupo de Investigación "Cognición, Emoción y Salud". Presidente de la SEAS. E-mail: canovindel@psi.ucm.es
- Hacia una base estructural cerebral de la patología dual(1) Juncal Sevilla Vicente (2) Ignacio Basurte.Villamor.
- ¿El estado de humor depresivo, el estrés o los síntomas psicóticos provocan el uso de drogas o el uso de drogas provoca o empeora estos síntomas en la esquizofrenia? Nestor Szerman, Miguel Casas
- Trastornos de la alimentación y uso de sustancias: ¿primos hermanos? Ignacio Basurte Villamor.(1) y M^a Juncal Sevilla Vicente.(2)
- Categorial o Dimensional. En las puertas del DSM-V y la CIE-10, la importancia de reconsiderar la nosología especialmente en adicciones y considerando la relevancia de la comorbilidad/patología dual José Martínez Raga
- Artículos a cerca de la comorbilidad.
- Dos artículos de Patología Dual entre los 5 mejores seleccionados en 2010 Néstor Szerman

Bibliografía de los Test.

Textos consultados

1. Diccionario terminológico de ciencias médicas, 12^a edición. Salvat Editores (eds.), S.A. 1984.
2. Farreras-Rozman: Medicina Interna, 14^a Edición: Ediciones Harcourt S.A. 2000.
3. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, Madrid 2003.
4. Vademécum Internacional Medicom. Medimedia-Medicom, S.A. Madrid 2003.
- Alberca Serrano R. et alii (et al.). Demencias: diagnóstico y tratamiento. Masson S.A., Barcelona 1998.
5. Martínez Lage JM, Martínez-Lage Álvarez P. Concepto, criterios diagnósticos y visión general de las demencias. En: Manual de demencias. López-Pousa S, Villalta J, Llinás J (eds.). ProusScience, Barcelona 1996.
6. Martínez Lage JM, Láinez Andrés JM. El Alzheimer: teoría y práctica. Aula médica ediciones; Madrid 2000.
7. Agüera Ortiz, L.F: Demencia, una aproximación práctica, 1^a edición. Masson, S.A. 1998.
8. Young PA, Young PH. Neuroanatomía clínica funcional. Masson - Williams & Wilkins, Barcelona 1997.

10. ANEXOS.

TEST...



ANEXO 5.

TEST APLICADOS: DEPRESIÓN DE BECK, ANSIEDAD DE HAMILTON, CONSUMO DE ALCOHOL AUDIT Y CAGE, ADAPTACIÓN LABORAL (EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD).



Con la financiación de:



AD-0008/2011

Test AUDIT y CAGE

Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Proyecto de la OMS que ha sido validado en España, para detectar tanto consumos de riesgo como dependencia alcohólica; identifica los trastornos debidos al consumo no responsable de alcohol.

1.	¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?	Nunca (0) Una o menos veces al mes (1) 2 a 4 veces al mes (2) 2 o 3 veces a la semana (3) 4 o más veces a la semana (4)
2.	¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?	1 o 2 (0) 3 o 4 (1) 5 o 6 (2) 7 a 9 (3) 10 o más (4)
3.	¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	1 o 2 (0) 3 o 4 (1) 5 o 6 (2) 7 a 9 (3) 10 o más (4)
4.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
5.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
6.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
7.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
8.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
9.	Tú o alguna otra persona, ¿habéis resultado heridos porque habías bebido?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
10.	¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?	No (0) Sí, pero no en el curso del último año (2) Sí, en el último año (4)

Interpretación de resultados: La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos como máximo. A mayor número de puntos, mayor dependencia. Si tu puntuación es mayor de 8, puede ser síntoma de padecer algún problema relacionado con el alcohol. Este cuestionario no es determinante.

En todo caso, para verificar la identificación de un problema relacionado con el abuso de alcohol, es conveniente acudir al especialista.

Test CAGE

Test de prevención de personas en riesgo. Permite detectar un comportamiento potencialmente perjudicial para la salud. Detecta el consumo no responsable de alcohol.

1.	¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?	Sí (1) No (0)
2.	¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?	Sí (1) No (0)
3.	¿Se ha sentido alguna vez culpable por su costumbre de beber?	Sí (1) No (0)
4.	¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?	Sí (1) No (0)

Valoración: 1 punto indica problemas con el alcohol
2 puntos o más se considera dependencia



Escala de Ansiedad de Hamilton

Puede utilizar esta prueba para saber si necesita ayuda de un profesional, es de carácter orientativo y **NO TIENE NINGUN VALOR DIAGNOSTICO**, para una valoración acuda a un profesional .

Instrucciones: responda con total sinceridad a los 14 items que se le presentan. Se le pregunta por el último mes sobre la intensidad con la que aparecen ciertas sensaciones y síntomas físicos, en relación a una serie de áreas.

1. Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.

- Ausente
- Intensidad ligera
- Intensidad media
- Intensidad elevada
- Intensidad máxima (invalidante)

2. Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.

- Ausente
- Intensidad ligera
- Intensidad media
- Intensidad elevada
- Intensidad máxima (invalidante)

3. Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.

- Ausente
- Intensidad ligera
- Intensidad media
- Intensidad elevada
- Intensidad máxima (invalidante)



4. Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.

- Ausente
- Intensidad ligera
- Intensidad media
- Intensidad elevada
- Intensidad máxima (invalidante)

5. Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.

- Ausente
- Intensidad ligera
- Intensidad media
- Intensidad elevada
- Intensidad máxima (invalidante)

6. Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.

- Ausente
- Intensidad ligera
- Intensidad media
- Intensidad elevada
- Intensidad máxima (invalidante)

7. Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.

- Ausente
- Intensidad ligera
- Intensidad media
- Intensidad elevada
- Intensidad máxima (invalidante)

8. Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).

- Ausente
- Intensidad ligera
- Intensidad media
- Intensidad elevada
- Intensidad máxima (invalidante)



9. Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).

- Ausente
- Intensidad ligera
- Intensidad media
- Intensidad elevada
- Intensidad máxima (invalidante)

10. Síntomas respiratorios: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).

- Ausente
- Intensidad ligera
- Intensidad media
- Intensidad elevada
- Intensidad máxima (invalidante)

11. Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.

- Ausente
- Intensidad ligera
- Intensidad media
- Intensidad elevada
- Intensidad máxima (invalidante)

12. Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.

- Ausente
- Intensidad ligera
- Intensidad media
- Intensidad elevada
- Intensidad máxima (invalidante)



13. Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.

- Ausente
- Intensidad ligera
- Intensidad media
- Intensidad elevada
- Intensidad máxima (invalidante)

14. Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.

- Ausente
- Intensidad ligera
- Intensidad media
- Intensidad elevada
- Intensidad máxima (invalidante)

RESULTADOS DE LA ESCALA HAMILTON DE ANSIEDAD

La puntuación obtenida en el Test de Depresión es de: Puntos. Los puntos son de 0 a 5 de arriba abajo ejemplo Ausente (0) Intensidad elevada(5)

¿Cómo Interpretar los datos?

Si su puntuación es igual o mayor de 18 es aconsejable que acuda a un especialista para ver que esta ocurriendo.

¿Qué hacer con el resultado?

La ansiedad es un problema que padece el 10% de la población mundial en algún momento de su vida, poder consultar con especialista le ayudará a mejorar su calidad de vida y la de su entorno.

Esta prueba no tiene valor diagnóstico, es sólo orientativa. Si da una puntuación igual o superior a 18 sería conveniente consultar con un profesional para un diagnóstico, evaluación y tratamiento.

TEST DE ADAPTACIÓN LABORAL.

Nombre:.....

Fecha de aplicación:.....

Instrucción:.....

Tipo de discapacidad:.....

Edad:

Encierre en un círculo con la respuesta que se identifique.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Mi trabajo está claramente definido | SI | NO |
| 2. La organización reconoce y premia los esfuerzos realizados | SI | NO |
| 3. El ambiente es bastante frío e impersonal | SI | NO |
| 4. Cuando se necesita de la ayuda de los demás es fácil encontrar voluntarios | SI | NO |
| 5. Es difícil que te den oportunidades de formación | SI | NO |
| 6. Se valora positivamente que los empleados aportan nuevas ideas y sugerencias | SI | NO |
| 7. En mi trabajo se estimula la aportación de ideas y sugerencias | SI | NO |
| 8. Mi trabajo me ha producido muchas satisfacciones personales | SI | NO |
| 9. En general, se estimula la aportación de ideas nuevas | SI | NO |
| 10. Los jefes se aprovechan de su posición para actuar de forma dictatorial | SI | NO |
| 11. Las personas se expresan libremente y espontáneamente, sin temor | SI | NO |
| 12. En mi trabajo la norma es: "Más vale lo malo conocido que lo bueno por conocer" | SI | NO |
| 13. Las condiciones materiales de trabajo son bastantes buenas | SI | NO |
| 14. Los jefes suelen ser intransigentes ante pequeños errores | SI | NO |
| 15. Mi trabajo es rutinario y aburrido | SI | NO |
| 16. Los jefes se desprecupan de los intereses de las personas | SI | NO |
| 17. A pesar de las dificultades, es difícil encontrar condiciones de trabajo mucho mejores en otro lugar | SI | NO |
| 18. En general, disponemos de los medios necesarios para hacer bien nuestro trabajo | SI | NO |
| 19. Los jefes suelen explicar los motivos de las decisiones e instrucciones | SI | NO |

- | | | |
|--|----|----|
| 20. Se fomenta que las relaciones entre personas sean buenas | SI | NO |
| 21. En general me siento apoyado por mis jefes | SI | NO |
| 22. He aprendido mucho en mi puesto de trabajo | SI | NO |
| 23. Se estimula la cooperación y el trabajo en grupo como medio de facilitar el cambio | SI | NO |
| 24. Me siento parte del éxito de mi organización | SI | NO |
| 25. La gente está esperando que llegue el final de la jornada para salir corriendo de su trabajo | SI | NO |
| 26. Los jefes suelen estar disponibles cuando se les necesita | SI | NO |
| 27. Es posible progresar sin tener que cambiar de lugar de trabajo | SI | NO |
| 28. Creo que mis superiores me echarían una mano si lo necesitase | SI | NO |
| 29. En general la gente trabaja con bastante desgano | SI | NO |
| 30. Cuando tengo algún problema en mi trabajo, suele haber personas dispuestas a ayudarme | SI | NO |
| 31. Los empleados suelen esforzarse en su trabajo | SI | NO |
| 32. Muchos creen que en su trabajo no les tratan como adultos | SI | NO |
| 33. Suelo tener toda la información que necesito para poder hacer bien mi trabajo | SI | NO |
| 34. Es fácil mantener conversaciones personales con compañeros y superiores | SI | NO |
| 35. En mi trabajo hago cosas bastantes variadas e interesantes | SI | NO |
| 36. Sabemos adaptarnos eficazmente a los cambios del entorno/ambiente | SI | NO |
| 37. Se hacen esfuerzos importantes para mejorar los niveles de información y comunicación | SI | NO |
| 38. Me interesan más mis actividades de ocio que las que realizó en mi trabajo. | SI | NO |
| 39. Estoy feliz con mi trabajo. | SI | NO |
| 40. Deseo continuar en mi trabajo hasta que me jubile. | SI | NO |

Gracias Por Sus Respuestas...

Calificación.

Puntuación total de la Tabla de 21 puntos	Niveles de Adaptación al cambio
1-10	Estos altibajos son considerados normales
11-16	Leve perturbación al cambio
17-20	Estados de inadaptación intermitentes
21-30	Estados de inadaptación moderada
31-40	Estados de inadaptación grave
Más de 40	Estados de inadaptación extrema

INTERPRETACION:.....
.....
.....
.....
.....
.....

INVENTARIO DE BECK.

Nombre:.....

Fecha de aplicación.....

Instrucción.....

Tipo de discapacidad.....

Edad.

Lee / escuche bien antes de contestar las preguntas, recuerde todas las respuestas son buena. Encierre en un círculo la respuesta con la que te identificas.

1. Tristeza.

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- 0. No me siento fracasado.
- 1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente

6. Expectativas de castigo

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. Siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. Ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. Me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

- 0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. Te perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

Gracias por sus respuestas.

Calificación.

Puntuación total de la Tabla de 21 puntos	Niveles de Depresión
1-10	Estos altibajos son considerados normales
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20	Estados de depresión intermitentes
21-30	Depresión moderada
31-40	Depresión grave
Más de 40	Depresión extrema



Escala de Hamilton

1. ¿Para qué sirve?

Es un instrumento para valorar la severidad de la depresión en la población adulta de todas las edades afectadas por esta enfermedad.

Esta escala en su construcción se caracteriza por presentar nueve temas que se puntúan de 0 a 4 y ocho de 0 a 2. Una persona no afectada por la depresión deberá puntuar 0. El punto de corte entre ausencia de depresión y posible depresión es de 6. La escala máxima es de 52 (temas 1 a 17)

Los últimos cuatro síntomas no miden intensidad de depresión, sino definen el tipo clínico de depresión o corresponden a síntomas raros.

La escala incluye un anexo donde se define cada síntoma y la graduación en la puntuación (ver "tabla 1" del apartado "3. Formato")

2. ¿Cómo se elabora?

Para su aplicación es necesario que se lleve a cabo por médicos o psicólogos familiarizados con la escala.

Para su aplicación son necesarios de 15 a 20 minutos. Se recomienda aplicar siempre que aparece un deterioro funcional (físico o cognitivo)

3. Formato

Tabla 1. Escala de Hamilton de depresión

Instrucciones: Escoja en cada tema la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 17.

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

- 0 = Ausente
- 1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
- 2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente
- 3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- 4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa:

- 0 = Ausente
- 1 = Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
- 2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- 3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo
- 4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

- 0 = Ausente
- 1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- 2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir
- 3 = Ideas de suicidio o amenazas
- 4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:



- 0 = No tiene dificultad
- 1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
- 2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
- 2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- 2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- 2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
- 3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
- 4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

- 0 = Palabra y pensamiento normales
- 1 = Ligero retraso en el habla
- 2 = Evidente retraso en el habla
- 3 = Dificultad para expresarse
- 4 = Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

- 0 = Ninguna
- 1 = Juega con sus dedos
- 2 = Juega con sus manos, cabello, etc.
- 3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- 4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. Ansiedad psíquica:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2 = Preocupación por pequeñas cosas
- 3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- 0 = Ausente
- 1 = Ligera
- 2 = Moderada
- 3 = Severa
- 4 = Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

- 0 = Ninguno
- 1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
- 2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales



13. Síntomas somáticos generales:

0 = Ninguno
1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

0 = Ausente
1 = Débil
2 = Grave

15. Hipocondría:

0 = Ausente
1 = Preocupado de si mismo (corporalmente)
2 = Preocupado por su salud
3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana
1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana
2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

17. Perspicacia:

0 = Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
3 = No se da cuenta que está enfermo

Si la suma total de esta Escala es igual o mayor a 6 puntos puede estar padeciendo un Trastorno Depresivo.

4. Ejemplo

No aplica.

5. Para mayor información/consulta

http://www.bibliopsiquis.com/escalas/escala_depresio_n0.htm

http://www.bibliopsiquis.com/escalas/escala_depresio_n1.htm

<http://www.psicomag.com/neuropsiquiatria/ESCALA%20DE%20HAMILTON.php>

<http://www.odontocat.com/testdepre.htm>