



# UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

---

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

Área Académica de Medicina

Maestría En Salud Pública

## INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN DURANTE LA REHABILITACIÓN MOTORA CON TERAPIA OCUPACIONAL DE LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD. OCTUBRE 2020 A FEBRERO 2021

Proyecto terminal de carácter profesional

Que para obtener el grado de

**MAESTRA EN SALUD PÚBLICA**

PRESENTA

Ana Karen Cotarelo Pérez

Director de Proyecto terminal

D. CSP. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

Comité tutorial

Codirector: M. En C.S, María Alma Olivera Villa

Asesor: D. PSIC. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

Pachuca de Soto Hidalgo, 2021



# UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

Área Académica de Medicina

Maestría En Salud Pública

## INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN DURANTE LA REHABILITACIÓN MOTORA CON TERAPIA OCUPACIONAL DE LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD. OCTUBRE 2020 A FEBRERO 2021

Proyecto terminal de carácter profesional

Que para obtener el grado de

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA

Ana Karen Cotarelo Pérez

Director de Proyecto terminal

D. CSP. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

Comité tutorial

Codirector: M. En C.S, María Alma Olivera Villa

Asesor: D. PSIC. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

Pachuca de Soto Hidalgo, 2021




UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
 Instituto de Ciencias de la Salud  
 Área Académica de Medicina  
 Maestría en Salud Pública

Oficio Núm. ICSa/AAM/MSP/376/2021  
**Asunto:** Autorización de Impresión de PPT  
 Pachuca de Soto, Hgo., octubre 22 del 2021

**C. ANA KAREN COTARELO PÉREZ**  
**ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**  
*STUDENT OF THE MASTER IN PUBLIC HEALTH*

Comunicamos a usted, que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado **“Influencia De La Depresión Durante La Rehabilitación Motora Con Terapia Ocupacional De Los Pacientes Con Discapacidad. Octubre 2020 A Febrero 2021”**, considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente.  
 “Amor, Orden y Progreso”

  
 MG. Esp. Adrián Moya Escalera  
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud  
*Dean of the School of Health Sciences*

  
 MC. Esp. Luis Carlos Romero Quezada  
 Jefe del Área Académica de Medicina  
*Chair of the Department of Medicine*

  
 D. en C.E. Lydia López Pontigo  
 Coordinadora de Posgrado del ICSa  
*Director of Graduate Studies of ICSa*

  
 M. en CS. María del Consuelo Cabrera Morales  
 Coordinadora de la Maestría en Salud Pública  
*Director of Graduate Studies Master in Public Health*

AME/LCRO/LLP/MCCM/mchm\*



Eliseo Ramirez Ulloa Núm. 400  
 Cor. Doctores  
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 42000  
 Teléfono: 52(771) 71 720 00 Ext. 2366  
 mria.saludpublica@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx



Pachuca de Soto, Hidalgo., \_01\_\_ de 10/ 2021\_\_

**M. en C.S. MARÍA DEL CONSUELO CABRERA MORALES**  
**COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**  
**Presente.**

Los integrantes del Comité Tutorial de la alumna egresada Ana Karen Cotarelo Pérez, con número de cuenta 429467, comunicamos a usted que el Proyecto de Producto Terminal denominado Influencia De La Depresión Durante La Rehabilitación Motora Con Terapia Ocupacional De Los Pacientes Con Discapacidad. Octubre 2020 A Febrero 2021 ha sido concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.

Atentamente.  
"Amor, Orden y Progreso"

D. en C. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

Director

M. en C. María Alma Olvera Villa

Codirectora

Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

Asesora



## AGRADECIMIENTOS

Cuando inicias una etapa nueva en tu vida sabes que traerá cambios y que mejor que sean cambios buenos, que te hagan crecer y conocerte como persona. Al iniciar el posgrado tenía la certeza de que era un gran salto a una vida profesional distinta, te das cuenta de que no es suficiente y lo importante que es seguir preparándote hoy, mañana y siempre.

Por esto agradezco a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, por la dedicación y esfuerzo de los docentes que con gran esmero pusieron un granito de arena a mi formación en esta etapa, un agradecimiento especial para mi comité, ya que sin su apoyo y profesionalismo este trabajo de investigación no se hubiera logrado. Gracias por creer en mí y este proyecto.

Gracias a el doctor Jesús Ruvalcaba que desde el día uno en este trayecto me brindo su apoyo profesional y cerro conmigo en la colaboración de esta investigación la cual fue enriquecida con su experiencia.

Agradezco infinitamente a los participantes que se dieron el tiempo y desinteresadamente creyeron en este estudio, gracias por que sin su colaboración este trabajo hubiera sido mas complicado y menos rico.

A mi familia por su comprensión y estímulo constante, además de su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios. A ustedes les debo todo.

A mis amigos que esta etapa me regalo, les agradezco el apoyo que ambos me brindaron, por ser mis confidentes y compañeros de esta aventura, por brindarnos ánimos cuando sentíamos que ya no podíamos más, por esas horas de trabajo y también de risas, los llevo siempre en el corazón.

## DEDICATORIA

El desarrollo de esta investigación no la puedo catalogar como fácil, los tiempos de pandemia generaron su dificultad, lo que sí puedo afirmar es que disfrute cada momento, cada investigación o proceso, que llevaron a esto. Por lo que llena de alegría, amor y esperanza a este trabajo lo dedico a cada uno de mis seres queridos, quienes han sido mis pilares para seguir adelante.

A mis padres que supieron formarme con buenos valores y hábitos lo cual me a ayudado a seguir adelante en momentos difíciles.

A mis hermanas una hasta el cielo la cual es mi mayor motivación y a la otra aquí en la tierra para que cada día busque superarse.

A mis docentes que con su gran experiencia aportaron para una buena formación, por transmitir el amor a la Salud Pública.

A mis amigos y compañeros que apoyaron en mis momentos de estudio, por su comprensión y cariño siempre.

“Quien sabe lo que siembra no le teme a lo que cosecha”

# Índice

GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	9
ABREVIATURAS.....	10
RESUMEN .....	11
SUMMARY .....	11
INTRODUCCIÓN .....	12
I. MARCO TEORICO .....	14
I.1 DEPERSIÓN .....	14
I.2 DISCAPACIDAD .....	17
I.3 REHABILITACIÓN.....	21
II. ANTECEDENTES .....	25
III. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
IV. JUSTIFICACIÓN .....	29
V. OBJETIVOS.....	30
I.1. OBJETIVO GENERAL.....	30
I.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	30
VI. HIPOTESIS .....	31
V.1. ELEMENTOS DE LA HIPÓTESIS.....	31
VII. MATERIAL Y METODOS .....	32
VI.1. DISEÑO DEL ESTUDIO .....	32
VI.3. UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA.....	35
VI.4. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	36
VI.5. DESARROLLO DEL PROYECTO. ....	39
VI.6. LÍMITE DE ESPACIO TIEMPO .....	39
VI.7. CRONOGRAMA.....	40
VI.8. DISEÑO DEL ANÁLISIS.....	41
VIII. CONSIDERACIONES ETICAS.....	42
IX. RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS .....	43
X. RESULTADOS .....	44
XI. DISCUSIÓN .....	52
XII. CONCLUSIONES .....	56
XIII. SUGERENCIAS .....	57
XIV. BIBLIOGRAFÍA.....	58
XV. ANEXOS.....	63

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Depresión según tipo de discapacidad.....	46
Tabla 2. Depresión según tipo de discapacidad.....	47
Tabla 3. Limitación de las actividades de la vida diaria en pacientes con discapacidad.....	47
Tabla 4. Limitación de las actividades de la vida diaria en pacientes con discapacidad.....	48
Tabla 5. Distribución de pacientes por recuperación motora según tipo de discapacidad.....	49
Tabla 6. Distribución de pacientes por recuperación motora según depresión.....	50
Tabla 7. Distribución de depresión por recuperación motora según pacientes con discapacidad.....	51

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentaje del tipo de padecimientos detectados en los pacientes con discapacidad.....	45
Figura 2. Porcentaje del tipo de discapacidad en relación con el tiempo en el que la presentaron.....	46
Figura 3. Porcentaje de la relación de recuperación de los pacientes con depresión.....	51



## GLOSARIO DE TÉRMINOS

Trastorno: Una alteración del funcionamiento normal de la mente o el cuerpo.

Distimia: Trastorno afectivo crónico que persiste por lo menos dos años en adultos y un año en adolescentes y niños.

Sensorial: Es aquello vinculado a los órganos de los sentidos o a la sensibilidad.

Deficiencia: es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Prelocutiva: Es aquella hipoacusia que se presenta antes de que el niño aprenda a hablar y que normalmente está vinculada a pérdidas severo-profundas de audición.

Postlocutiva: Es aquella que aparece en cualquier momento posterior a la adquisición de las habilidades expresivas y el lenguaje.

Integración: Es una expresión que se usa para describir los procesos del cerebro que nos permiten tomar la información que recibimos de nuestros 5 sentidos, organizarla y responder adecuadamente

Limitaciones: Se da cuando una persona tiene un estado físico que le impide de forma permanente e irreversible moverse con la plena funcionalidad de su sistema motriz.

Rehabilitación motora: Promover el aprendizaje motor para conseguir un control eficiente en diferentes entornos, con el fin de mejorar la participación del paciente y su nivel de funcionalidad.

## ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

DSM-III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

CIF: Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud.

EDDES: Encuesta sobre discapacidad, deficiencias y estado de salud.

APS: Atención Primaria en Salud

AVD: Actividades de la Vida Diaria

ABDV: Actividades Básicas de la Vida Diaria

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

AOTA: Asociación Americana de Terapia Ocupacional

PCD: Personas con Discapacidad.

CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la influencia de la depresión durante la rehabilitación motora con terapia ocupacional de los pacientes con discapacidad, durante octubre 2020 a febrero 2021. **Material y Métodos:** estudio de tipo transversal analítico, cuasi experimental, en el que se recopilan datos de la misma muestra repetidamente durante un periodo prolongado de tiempo en 106 personas con discapacidad permanente y temporal, se utilizaron la escala de Hamilton y el índice de Barthel. **Resultados:** En cuanto a la asociación que existe entre la recuperación motora de los pacientes según el tipo de discapacidad y la presencia de depresión en dichos pacientes. A pesar de que el valor de  $p=0.0216$  indica diferencia significativa se puede apreciar que no hay asociación derivada a que el OR es de 0.19, menor a uno, con un intervalo de confianza de 95% el nivel de confianza es de 0.418-0.92. **Conclusiones:** La depresión no influye negativamente en la recuperación motora de estos pacientes, se puede interpretar que pasa lo contrario que al irse recuperando con terapia ocupacional y logrando su independencia la depresión que presentan debido a su discapacidad va disminuyendo.

## SUMMARY

**Objective:** To determine the influence of depression during motor rehabilitation with occupational therapy in patients with disabilities, from October 2020 to February 2021. **Material and Methods:** cross-sectional, analytical, quasi-experimental study, in which data are collected. repeatedly sampled over a prolonged period of time in 106 people with permanent and temporary disabilities, the Hamilton scale and the Barthel index were used. **Results:** Regarding the association that exists between the motor recovery of patients according to the type of disability and the presence of depression in these patients. Although the value of  $p = 0.0216$  indicates a significant difference, it can be seen that there is no association derived from the fact that the OR is 0.19, less than one, with a 95% confidence interval, the confidence level is 0.418-0.92. **Conclusions:** Depression does not negatively influence the motor recovery of these patients, it can be interpreted that the opposite happens that when recovering with occupational therapy and achieving independence, the depression they present due to their disability decreases.

**Palabras clave:** Depresión, Discapacidad, Rehabilitación Motora, Terapia Ocupacional.

**Keywords:** Depression, Disability, Motor Rehabilitation, Occupational Therapy.

## INTRODUCCIÓN

La depresión constituye hoy en día un problema de salud de elevada trascendencia con graves repercusiones para el paciente, los familiares y la sociedad en general. La depresión es una enfermedad que afecta tanto a mujeres como a hombres, pero la población femenina tiene casi el doble de riesgo de padecerla. La Organización Mundial de la Salud asegura que, "la depresión y la ansiedad son las principales enfermedades relacionadas con la discapacidad de la mujer en el mundo" (1).

No debemos confundir un momento de tristeza causado por circunstancias que lo motiven, como por ejemplo una mala racha laboral, una muerte o algo parecido, con un estado depresivo, que es algo que se mantiene en el tiempo y que trastornan en gran medida la vida cotidiana de las personas que lo sufren (2).

La persona que sufre una discapacidad repentina tiene que afrontar una situación nueva para la que no está preparada, lo cual puede generar un cuadro de depresión, debido al nuevo y repentino rol que están tomando y el cual pudiera disminuir el desempeño es cada una de sus actividades de la vida diaria básicas e instrumentales. Además se podría producir una baja autoestima continuado en una lucha diaria contra la enfermedad y que puede agotar sus reservas físicas social familiares y mentales.

Investigaciones anteriores sugieren que es relevante no sólo enfocarse en los números o estadísticas que reflejen la recuperación de la persona con discapacidad si no buscar más allá del padecimiento ya diagnosticado, se debe trabajar con la intervención individual o grupal ante este grupo de personas para disminuir la prevalencia de consecuencias frecuentes a causa de los cuadros depresivos.

En México de cada cien mexicanos, 15 sufren depresión y la cifra puede ir en aumento debido a que algunas personas jamás son diagnosticadas y pueden vivir hasta 15 años sin saber que la padecen muchos de estos individuos tienen una discapacidad.

Aunque no todas las personas con discapacidad sufren depresión, y en la mayoría de los casos, si sufren depresión no es debido su discapacidad. No obstante, las personas con discapacidades enfrentan estrés y retos diferentes, por lo cual el riesgo de sufrir depresión es más alto en estas personas (3).

Por lo cual el objetivo de esta investigación es determinar la influencia de la depresión durante la rehabilitación motora con terapia ocupacional de los pacientes con discapacidad, lo cual pudiera generar un retraso en su recuperación.

.

## I. MARCO TEORICO

### I.1 DEPERSIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. (4)

Los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana. En su forma más severa, la depresión puede conducir al suicidio. Los trastornos depresivos incluyen dos subcategorías principales:

- trastorno o episodio depresivo mayor, que presenta síntomas como un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y disminución de la energía; dependiendo del número y gravedad de los síntomas, un episodio depresivo se clasifica como leve, moderado o severo; y
- distimia, una forma persistente o crónica de depresión leve; los síntomas de distimia son similares a los de un episodio depresivo, pero tienden a ser menos intensos y más duraderos. (5)

El término “depresión” surgió a mediados del siglo XIX, para referirse a una alteración primaria de las emociones cuyos rasgos más sobresalientes reflejaban menoscabo, inhibición y deterioro funcional. En 1980 se publica el DSM-III, donde por primera vez se incorpora el diagnóstico de “depresión mayor”. Sin embargo, en la serie DSM, la

depresión es entendida como una entidad homogénea donde, dada su orientación eminentemente “sintomática”, muchos aspectos psicopatológicos dejan de ser considerados. Lo anterior contrasta con la evidencia actual que apoya la existencia de diversas formas clínicas cuya identificación es relevante como, por ejemplo, la depresión melancólica, atípica y psicótica; la depresión bipolar; subtipos como la depresión estacional o con predominio de síntomas somáticos, crisis de pánico o síntomas obsesivos; la depresión que acompaña a enfermedades físicas. (6)

La depresión es un problema de salud mental y física, del cual se desconocen generalmente sus síntomas, signos y desencadenantes; por lo que la sociedad abusa del término “depresión”, desconociendo los motivos por los que se llega a padecer y sus consecuencias en todo ámbito de la vida del individuo.

Podría decirse que la depresión refleja el miedo que reina entre la población ante adversidades cotidianas y el no saber cómo enfrentarlas; llevando a los que la padecen a enfatizar los aspectos negativos y darle por tanto la connotación de fracasos y decepciones a los “sinsabores normales y cotidianos” de la vida aunado a la desvalorización de sus capacidades, atentando contra la propia valía personal.

La depresión varía en su intensidad –desde las bajadas transitorias del estado de ánimo persistentes y duraderas, que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico de gravedad y duración significativas, marcadamente distintas a la normalidad-. (7)

Es de destacarse que algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que sugiere se trata de una depresión de tipo endógena y sin embargo, hay que hacer notar que una depresión no necesariamente se “hereda”, puede tan sólo originarse con la tendencia a ella debido sólo a ciertos factores genéticos que juntamente con otros factores (8).

### *1.1.1 DEPRESIÓN EN LA DISCAPACIDAD*

Los trastornos comúnmente denominados depresivos incluyen un conjunto de entidades clínicas relacionadas con problemas de mayor o menor intensidad y duración. Se refieren a síndromes conformados por diferentes patrones comportamentales de significación clínica que no obedecen a respuestas convencionales, y cuya característica singular se centra en una alteración del humor

asociada al malestar y discapacidad, así como al riesgo de perder la vida, sufrir dolor o perder la libertad. (9)

Estudios simultáneos y comparables en 15 países de la Encuesta Mundial de Salud Mental mostraron que, en general, las personas atribuyen mayor discapacidad a los trastornos mentales que a los físicos, fundamentalmente debido a la mayor discapacidad social y en el ejercicio de las tareas personales cotidianas, pues la discapacidad en las tareas productivas por trastornos físicos y mentales fue similar. (10)

Como ya se mencionó, los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad, afectan las funciones físicas, mentales y sociales y se asocian con mayor riesgo de muerte prematura. Pueden dificultar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida. Los análisis recientes realizados en México muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis. (11)

Puesto que la experiencia de la discapacidad es única para cada individuo, no sólo porque la manifestación concreta de la enfermedad, desorden o lesión es única, sino porque esa condición de salud estará influida por una compleja combinación de factores (desde las diferencias personales de experiencias, antecedentes y bases emocionales, construcciones psicológicas e intelectuales, hasta el contexto físico, social y cultural en el que la persona vive) (12)

En la discapacidad se mide el grado de alejamiento de la media normal, a consecuencia de un daño que se manifiesta o la limitación funcional o restricción de las habilidades, y es a consecuencia de un daño o una discapacidad que el individuo sufre una desventaja.

La desventaja representa las consecuencias sociales y ambientales que sufre una persona al verse limitada o impedida en el desempeño de una función que, entendida como normal según edad, sexo, factores sociales y culturales. (13)



## I.2 DISCAPACIDAD

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

El modelo médico considera la discapacidad como un problema "personal" directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. (14)

El modelo social de la discapacidad considera el fenómeno principalmente como un problema "social", desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad, la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social.

La integración de estos dos modelos permite la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento humano, permitiendo obtener una visión coherente e integral desde las diferentes dimensiones de la salud con una perspectiva biológica, individual y social: Enfoque Biopsicosocial. En la actualidad la discapacidad es vista desde una perspectiva ecológica (integración persona-ambiente). (15)

La discapacidad se conceptualiza como un término genérico que incluye las deficiencias de funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación; indicando los aspectos negativos de la interacción de un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales. (16)

### *1.2.1 TIPOS DE DISCAPACIDAD*

Toda discapacidad tiene su origen en una o varias deficiencias funcionales o estructurales de algún órgano corporal, y en este sentido se considera como deficiencia cualquier anomalía de un órgano o de una función propia de ese órgano con resultado discapacitante.

Partiendo de esta distinción básica promovida por la OMS a través de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, se puede identificar numerosas clases de deficiencia asociadas a las distintas discapacidades.

Para identificar las características de los grandes grupos se ha recurrido a esa misma fuente agrupando las deficiencias en las categorías física, mental y sensorial, teniendo siempre presente la gran heterogeneidad que existe dentro de cada uno.

- Las deficiencias físicas

Se considerará que una persona tiene deficiencia física cuando padezca anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores). También se incluirán las deficiencias del sistema nervioso, referidas a las parálisis de extremidades superiores e inferiores, paraplejías y tetraplejías y a los trastornos de coordinación de los movimientos, entre otras. Un último subconjunto recogido en la categoría de discapacidades físicas es el referido a las alteraciones viscerales, esto es, a los aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario.

En todos los casos de deficiencias de carácter físico el eje problemático en torno al cual se estructura la trama de la integración (deficitaria) es la autonomía personal, ya que, aunque en cada etapa del ciclo vital las expectativas en torno a la autonomía son distintas, como también lo son entre las personas que no padecen discapacidad, se trata de un elemento esencial desde el punto de vista de la calidad de vida.

Pues bien, hablar de autonomía supone referirse a ámbitos tan variados como el laboral, el educativo, la comunicación social y por supuesto la accesibilidad, que aglutina a todas estas facetas vitales. La escasa participación en actividad y empleo,

el déficit y el desajuste educativo, así como la sobreprotección familiar, que redundan en la falta de autonomía, son problemas comunes a todas las personas con discapacidad. Pero tal vez se manifiesten de forma especialmente reconocible en términos de accesibilidad en aquellas personas que tienen muy reducida su capacidad de movimiento, como los usuarios de sillas de ruedas.

- Las deficiencias mentales:

Como ocurre con el resto de los colectivos, el integrado por las personas con deficiencias mentales es de difícil cuantificación, entre otras razones por la falta de precisión en la determinación de sus límites.

Concretamente la EDDDES (Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud) incluye en la categoría de deficiencia mental el espectro del retraso mental en sus grados severo, moderado y leve, además del retraso madurativo, las demencias y otros trastornos mentales. En esta última recoge trastornos tan diversos como el autismo, las esquizofrenias, los trastornos psicóticos, somáticos y de la personalidad, entre otros. La falta de acuerdo en torno a la idoneidad de la inclusión de algunos de éstos últimos en categorías distintas y sobre todo la imposibilidad de realizar su cuantificación de manera aislada, hace ineludible una exploración previa del conjunto, considerando la categoría 'otros trastornos' como enfermedades mentales.

- Las deficiencias sensoriales:

Al igual que en los casos de los grupos anteriores, al hablar de deficiencias sensoriales es necesario recordar que las categorías de análisis presentan limitaciones en la descripción de la realidad para la que se aplican.

No obstante, asumiendo los criterios de clasificación empleados en la encuesta, son útiles como aproximación al tamaño y sobre todo a la composición del colectivo resultante. La categoría 'deficiencias sensoriales' incluye, para los fines de este estudio a quienes presentan trastornos relacionados con la vista, el oído y el lenguaje.

Dentro del grupo de las deficiencias sensoriales se incluyen, como se ha dicho, colectivos afectados por trastornos de distinta naturaleza. Las deficiencias auditivas

presentan a su vez distintos grados, desde las hipoacusias (mala audición) de carácter leve hasta la sordera total prelocutiva y postlocutiva, y los trastornos relacionados con el equilibrio.

A estas diferencias se unen las distintas estrategias técnicas y comunicativas empleadas por quienes padecen deficiencias auditivas (lenguaje de signos, implantes cocleares o audífonos), configurando un colectivo de rasgos muy heterogéneos, tanto por sus perfiles orgánicos como por sus estrategias de integración. El otro gran colectivo incluido en la categoría de deficiencias sensoriales lo constituyen las personas con trastornos visuales. (17)

Las Clasificaciones de la OMS se basan en el principio de que la discapacidad es un rango de aplicación universal de los seres humanos y no un identificador único de un grupo social.

Así mismo, se considera que una discapacidad puede ser: total, parcial además de permanente o transitoria. (18)

### *1.2.2 PERSONAS CON DISCAPACIDAD*

Habitualmente, cuando se hace referencia a una persona con discapacidad generalmente se dice "el enfermo" y es tratado como tal. El término "el enfermo" tiene una connotación inadecuada de caridad y como resultado las personas con discapacidad se ven a sí mismo como un objeto con poco valor y reaccionan en concordancia, lo que repercute en su percepción de su condición humana expresado en una baja autoestima. (19)

Las personas con discapacidad "incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás" (20)

### **I.3 REHABILITACIÓN**

La Rehabilitación trata de conseguir para las personas con alguna discapacidad la mayor capacidad física, mental, emocional, social, vocacional y económica de que sean capaces: la rehabilitación está dirigida a mejorar la totalidad del individuo. Es un proceso complejo que resulta de la aplicación integrada de muchos procedimientos para lograr que el individuo recupere su estado funcional óptimo, tanto en el hogar como dentro de la comunidad, en la medida en que lo permita la utilización apropiada de todas sus posibilidades residuales. (21)

Para la OPS, La rehabilitación es un acto de atención de la salud y por tanto componente imprescindible de la promoción, prevención y asistencia de las personas en el mantenimiento de la salud y el bienestar de ellos, su familia y la comunidad.

No obstante, el crecimiento y difusión de la estrategia de APS en América, la rehabilitación continúa, sin ser identificada como uno de sus elementos aun cuando en la Declaración de Alma Ata, se la ratifica como una de las medidas de salud aplicables a la comunidad. Persiste la concepción de la Rehabilitación como un servicio de alta especialización, que utiliza tecnología costosa y que en general se administra en instituciones complejas, como la última etapa de la atención de Salud que la excluye de la atención de salud integral. La detección del riesgo de discapacidad y la prevención de iatrogenias, son fundamentales en lo que se ha dado a entender como "consecuencias de la enfermedad".

Según la OMS: "Rehabilitación es la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales para preparar o readaptar al individuo con el objeto de que alcance la mayor capacidad funcional posible, tendiendo al logro de su máxima autonomía a los efectos de posibilitar una mayor integración a la sociedad". (22)

## **I.4 TERAPIA OCUPACIONAL**

El camino hacia la salud y el bienestar está íntimamente vinculado a las ocupaciones de cada día en el que se decidan a participar, la terapia ocupacional es una profesión que se centra en capacitar a los clientes a maximizar su capacidad de participar en actividades de la vida diaria que son importantes para lograr un pleno sentido a la vida del cliente (23).

Los profesionales de terapia ocupacional creen que la salud está fuertemente influenciada por la persona con la elección y el control de las actividades de la vida diaria.

El terapeuta ocupacional se define como el profesional que estudia e investiga el proceso de desarrollo del individuo y sus competencias para interactuar socialmente, profundizando en el conocimiento de la ocupación como expresión vital social del hombre.

“La terapia ocupacional es el uso terapéutico en las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad, puede incluir la adaptación de las tareas y el entorno para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida” (24).

“La terapia ocupacional es el arte y la ciencia de ayudar a las personas a realizar las actividades de la vida diaria que sean importantes para su salud y su bienestar a través de la participación en ocupaciones valiosas, la ocupación en terapia ocupacional proviene del uso más antiguo de la palabra y significa del modo en que las personas se emplean u ocupan su tiempo” (25).

### ***I.4.1 PRÁCTICA CENTRADA EN EL PACIENTE***

En el centro de la terapia ocupacional está el compromiso de enfocar a la persona como agente activo que busca realizar actividades diarias importantes. Las personas buscan asistencia y ayuda profesional para obtener dominio sobre sus asuntos (26).

#### *1.4.2. PRÁCTICA CENTRADA EN LA OCUPACIÓN*

La participación ocupacional surge de ideas de la profesión, reforzadas por ideas de la investigación actual, de que las ocupaciones de las personas son fundamentales para su identidad y que pueden reconstruirse a través de sus ocupaciones. Las ocupaciones no son actividades aisladas, sino que están conectadas por una red de actividades diarias que ayudan a las personas a cumplir sus necesidades básicas y contribuir a las necesidades de su familia, de sus amigos y de la comunidad. La práctica centrada en la ocupación se interesa por las ocupaciones significativas seleccionadas por las personas y realizadas en sus ambientes típicos (27).

#### *1.4.3. DESEMPEÑO OCUPACIONAL*

Según el Marco para la Práctica de la Terapia Ocupacional, los patrones de desempeño se refieren a los hábitos, rutinas, roles y rituales utilizados en el proceso de participar en las ocupaciones o actividades (28).

#### *1.4.4 ACTIVIDAD*

Actividad es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento. La dimensión Actividad abarca todo el rango de áreas vitales que tienen relación con la salud:

- Aprendizaje y aplicación del conocimiento: experiencias sensoriales intencionadas, aprendizaje básico, aplicación del conocimiento.
- Tareas y demandas generales: comunicación, movilidad, autocuidado.
- Limitaciones de la actividad: son dificultades que un individuo, con un determinado estado de salud, puede tener en el desempeño/realización de diversas actividades. La actividad está limitada cuando la persona, en el contexto de un estado de salud, tiene dificultades para realizar la actividad de la manera esperada, o no puede realizarla. (29)

#### *1.4.5 ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA*

La definición de actividad de la vida diaria (AVD) ha seguido una evolución a lo largo de varias décadas, que va desde la mención del cuidado personal, asociada a la propia autonomía de la persona, hasta ir incluyendo aspectos fundamentales como cubrir las necesidades básicas, del hogar, trabajo, educación, ocio y tiempo libre.

La primera definición de AVD fue elaborada en 1978 por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) que las definió como: “Los componentes de la actividad cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio”

Dos años más tarde se definió como “Las tareas que una persona deber ser capaz de realizar para cuidar de sí misma independientemente, comprendiendo cuidado, comunicación y desplazamiento”

En la última edición del documento diseñado por la AOTA se define la categorización de las AVD en: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (30).

#### *1.4.6 TERAPIA OCUPACIONAL Y DEPRESIÓN*

Los síntomas depresivos pueden impedir el funcionamiento independiente en las actividades de la vida diaria (AVD), obstaculizan la calidad de vida y pueden afectar a la esfera física de la persona que los padezcan. También suelen limitar la participación en las actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI) y se ven alteradas las habilidades, hábitos y rutinas de la persona. Por lo que todas estas dificultades, a consecuencia de la sintomatología depresiva, dejan ver que la intervención de Terapia Ocupacional en esta población podría ser beneficiosa.

La terapia ocupacional está basada en la idea de que la salud y el bienestar se ven afectados por el patrón erróneo de ocupaciones al que da lugar la sintomatología depresiva (31).



## II. ANTECEDENTES

Tenemos que la relación entre la discapacidad y la depresión ha sido un tema que ha recibido poca atención en la investigación científica; esto se refleja en la escasa literatura que puede hallarse en el medio académico.

Carmen Rodríguez y Vargas en su estudio "Prevalencia y grado de depresión en pacientes de Rehabilitación" encontraron que en 26 pacientes (39%) se diagnosticó depresión, y el resto 41 pacientes (61%) no la presentaron. Los pacientes con depresión leve, el 53% presentaban discapacidad temporal y el 47% discapacidad permanente, en los pacientes con depresión moderada el 20% presentaba discapacidad temporal y el 80% discapacidad permanente. En la depresión grave el 100% presentaba discapacidad permanente. La relación entre depresión y discapacidad, de un total de 49 pacientes con discapacidad temporal 11 presentaron depresión, y en cuanto a discapacidad permanente se refiere, de un total de 18 pacientes, 12 presentaron depresión.

Se llegó a la conclusión de un aumento en la prevalencia de depresión en pacientes con discapacidad, se encontró una relación significativa entre depresión grave y discapacidad permanente. (32)

Mariana Belló y cols. realizaron un estudio acerca de prevalencia y diagnóstico de depresión en la población adulta en México, se calcularon las prevalencias en el ámbito nacional, según sexo, edad, nivel de escolaridad, tamaño de la comunidad de residencia y entidad federativa. En él concluyeron que la depresión es un padecimiento sumamente frecuente en las personas adultas y se asocia a vulnerabilidad social, encontrando una mayor relación mujer-hombre 5:1, incrementándose la prevalencia con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad, siendo más alta la depresión en áreas rurales. (33)

Bautista y cols. realizaron un estudio para detección en depresión, con una muestra de 200 pacientes, aleatorio, con rango de edad entre 18 y 66 años, los cuales acudieron al Servicio de Consulta Externa del Hospital General de México, en el cual se diagnosticó depresión en pacientes geriátricos, pacientes adultos jóvenes con dolor crónico y pacientes que padecen una discapacidad ya sea temporal o permanente, presentando una prevalencia mayor en el sexo femenino. (34)

Wirocius J.M. y cols, realizaron un estudio en el cual relacionaron la incidencia de depresión y discapacidad, en pacientes que acudieron a consulta externa de fisioterapia, en edades que oscilan entre 18 y 76 años de edad, de forma aleatoria, en el que encontraron un aumento en la incidencia de depresión en personas con discapacidad, aumentando en el género femenino y con mayor frecuencia en pacientes con discapacidad permanente, así como en pacientes geriátricos presentaron una mayor incidencia en depresión. (35)

### III. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

La discapacidad es un problema que afecta al 15% de la población mundial y se prevé que en los años futuros sea un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está en aumento. En México, acorde con los datos reportados por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, se mostró que el 6% de la población total del país tiene alguna discapacidad, esto es, 7.1 millones de personas (36).

La depresión constituye un grave problema de salud pública que requiere mayor y mejor atención. Diversos estudios han mostrado el impacto que pueden tener los síntomas depresivos en la capacidad que tienen las personas mayores para realizar sus actividades de la vida diaria.

En relación con la restricción en la participación en actividades, se ha observado que aquellos que dejan de realizar actividades de índole social y de tiempo libre presentan más síntomas depresivos y mayor riesgo de presentar episodios depresivos futuros, en comparación con aquellos que no han dejado de participar.

La depresión es una enfermedad recurrente, frecuentemente crónica y que requiere un tratamiento a largo plazo. Su prevalencia en la población general se encuentra entre 8 y 12%. Se estima que para el año 2030 ocupará el primer lugar en la medición de carga de enfermedad según los años de vida ajustados por discapacidad. (4)

La vulnerabilidad física y emocional en las personas con discapacidad hacen que ellas sean más propensas a padecer de trastornos del estado de ánimo, como lo es la depresión. La depresión está asociada a ciertas experiencias de la vida, las cuales son comunes a las experiencias vividas por las personas con discapacidad. Si damos una mirada a las investigaciones actuales, podemos observar los escasos estudios en nuestro país y en Latinoamérica, sobre las diferentes características y vulnerabilidades de las personas con discapacidad y su relación con los diferentes trastornos mentales.

Adicionalmente, también en 2014 se estimó que 19.1 de cada cien hogares del país, que representan a 6.14 millones de hogares, vivía al menos una persona con discapacidad (PCD). Asimismo, había mayor presencia de hogares con PCD en los que tuvieron deciles de ingreso más bajos.

En materia de pobreza, el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) reportó que el 54.1% de las PCD se encontraban en condición de pobreza en 2014, cifra superior a la tasa de prevalencia de la pobreza a nivel nacional (46.2%) (37).

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación

¿Cómo influye la depresión en la rehabilitación motora con terapia ocupacional de los pacientes con discapacidad, que asisten al servicio de medicina física y rehabilitación durante octubre 2020 a febrero 2021?

## IV. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación es importante porque podrá determinar la influencia que tienen los cuadros depresivos en el transcurso de la rehabilitación motora de las personas con discapacidad y comprender mejor aquellos factores que influyen en la recuperación del paciente. Así mismo la detección precoz y su tratamiento oportuno en este grupo de pacientes permitirá una mejor y pronta recuperación. Las investigaciones demuestran que las personas con enfermedades físicas graves corren un mayor riesgo de padecer depresión.

Sufrir cierto rechazo social, por padecer algún tipo de discapacidad, hace que muchas personas que la padecen alcancen a desarrollar un sentimiento de debilidad y de baja autoestima que culmine en un cuadro de depresión.

Las consecuencias de la depresión son numerosas como la mortalidad por suicidio y por abandono o renuncia a la atención médica, el riesgo de continuar con una adicción o iniciarla, los cambios de la motivación con respecto a los programas de rehabilitación.

Los resultados de esta investigación serán importantes porque servirán como herramienta y línea de base para que se pueda intervenir oportunamente y permita mejorar las deficiencias encontradas en la influencia que pueda llegar a tener la depresión en el proceso de rehabilitación motora a través de la terapia ocupacional en los pacientes con discapacidad, generando múltiples beneficios entre ellos los económicos, de salud y sociales.

Debido a la literatura dentro de la bibliografía actual, la cual nos indica la mayor incidencia en la presencia de depresión en los pacientes con dolor o patologías de evolución crónica, así como con algún tipo de discapacidad, motivo por el cual sería de interés valorar a nuestros pacientes de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación.

## **V. OBJETIVOS**

### **I.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la influencia de la depresión durante la rehabilitación motora con terapia ocupacional de los pacientes con discapacidad en el Hospital General Regional No.200 del IMSS durante octubre 2020 a febrero 2021.

### **I.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar la proporción de pacientes con discapacidad que se encuentran con depresión mediante la Escala de Hamilton.
- Determinar la limitación funcional que presentan los pacientes con y sin discapacidad mediante el índice de Barthel.
- Comparar la recuperación motora de los pacientes con depresión en cuanto al tipo de discapacidad después de uno o dos meses de terapia ocupacional y establecer si existen diferencias entre ambos grupos.
- Analizar la asociación entre depresión, recuperación motora y rehabilitación con terapia ocupacional.

## VI. HIPOTESIS

La depresión influye negativamente en la recuperación de los pacientes con discapacidad durante la rehabilitación motora con terapia ocupacional.

### V.1. ELEMENTOS DE LA HIPÓTESIS

#### *V.1.1. Unidad de observación.*

Pacientes con discapacidad deprimidos, que asisten al servicio de medicina física y rehabilitación en el Hospital General Regional no. 200

#### *V.1.2. Variables de estudio.*

Variable independiente: Rehabilitación motora

Variable dependiente: Depresión de las Personas con discapacidad

#### *V.1.3. Relación lógica entre variables.*

La Rehabilitación motora se afecta cuando existe depresión en las personas con discapacidad.

#### *V.1.4. Dimensión espacio temporal*

Hospital General Regional no. 200 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Tecámac Estado de México octubre 2020 a febrero 2021.

## **VII. MATERIAL Y METODOS**

### **VI.1. DISEÑO DEL ESTUDIO**

El presente trabajo de investigación en salud es un estudio de tipo transversal analítico, cuasi experimental, en el que se recopilan datos de la misma muestra repetidamente durante un periodo prolongado de tiempo.



## VI.2. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CLASIFICACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Depresión	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Sin Depresión Con Depresión	Cualitativa Nominal	Escala de Hamilton
Discapacidad	Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.	Temporal Permanente	Cualitativa Nominal	Cuestionario de Variables sociodemográficas
Rehabilitación	Es una especialidad médica que ayuda a las personas a recobrar las funciones corporales que perdieron debido a enfermedades o lesiones.	Terapia ocupacional Terapia física Terapia de lenguaje	Cualitativa Nominal	Cuestionario de Variables sociodemográficas
Edad	Años de vida cronológica de una persona	Años cumplidos	Cuantitativa Discreta	Cuestionario de Variables sociodemográficas
Sexo	La propiedad la cual puede clasificar a los organismos de acuerdo a sus funciones reproductivas	Diferencia de genero	Cualitativa Nominal	Cuestionario de Variables sociodemográficas
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Tipo de situación civil	Cualitativa Nominal	Cuestionario de Variables sociodemográficas
Tiempo con la discapacidad	Días, meses o años transcurridos desde el inicio de la discapacidad.	Tiempo transcurrido desde el inicio de la discapacidad	Cuantitativa Discreta	Cuestionario de Variables sociodemográficas
Actividades básicas de la vida diaria	Actividades dirigidas al cuidado de uno mismo. Requieren de un nivel de organización pequeño y son sencillas. Se realizan cotidianamente y de forma automática.	Alimentación Aseo personal Movilidad funcional	Cualitativa Discreta	Índice de Barthel
Proveedor económico	Persona que proporciona existencias y abastecimiento a económico. Trabajador	Si No	Cualitativa Nominal	Cuestionario de Variables sociodemográficas

	remunerado económicamente			
Ocupación	Actividad o trabajo	Ayudante general Empleado Ama de casa Chofer Estudiante Jubilado	Cualitativa Nominal	Cuestionario de Variables sociodemográficas
Nivel educativo	Período medido en años escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal	Primaria Secundaria Preparatoria Carrera técnica Licenciatura/ ingeniería Postgrado	Cualitativa Nominal	Cuestionario de Variables sociodemográficas
Padecimiento	Enfermedad o alteración de la salud.	Fracturas Amputaciones Neurológicos Secuelas post COVID-19 Otros	Cualitativa Nominal	Cuestionario de Variables sociodemográficas
Atención psicológica	Dotar y promover los recursos individuales, familiares como un elemento activo del propio cambio.	Si No	Cualitativa Nominal	Cuestionario de Variables sociodemográficas
Recuperación motora	Acciones que se recuperan en una persona de forma efectiva, tanto a nivel físico, como fisiológico y funcional.	Si No	Cualitativa Nominal	Cuestionario de Variables sociodemográficas

### **VI.3. UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA.**

El universo de trabajo son Personas con discapacidad que asisten a el servicio de medicina física y rehabilitación a el área de terapia ocupacional en el Hospital General Regional No.200 del IMSS. Durante el periodo de octubre 2020 a febrero 2021.

De las cuales se obtuvo una muestra de 106 pacientes por inclusión de casos consecutivos de pacientes que aceptaron participar por lo que es un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia.

#### *VI.3.1. Criterios de inclusión:*

- Personas con discapacidad que presentan secuela motora que dificulta la realización de actividades de la vida diaria.
- Pacientes con discapacidad que recibieron terapia ocupacional durante su recuperación.
- Que los participantes contesten completamente ambas escalas.

#### *VI.3.2. Criterios de exclusión:*

- Cuando el paciente tenga deterioro cognitivo severo o una alteración en el lenguaje
- Cuando el paciente tenga antecedentes de depresión anteriores a la discapacidad.
- Cuando el paciente presente una discapacidad desde la gestación o nacimiento.

#### *VI.3.3. Criterios de eliminación:*

- Que abandonen la investigación
- Que dejen de asistir a su rehabilitación de terapia ocupacional al Hospital General Regional No. 200 del IMSS.

## **VI.4. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

### *VI.4.1. Descripción del instrumento*

En la presente investigación se utilizarán los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de Variables sociodemográficas del paciente con discapacidad
- La escala de depresión de Hamilton
- y el Índice de Barthel

#### VI.4.1.1 Cuestionario de Variables sociodemográficas del cuidador primario

Se diseñará un cuestionario dirigido a obtener información en dos apartados:

Será dirigido a obtener información sobre las variables sociodemográficas de interés (estado civil, profesión, sexo, nivel educativo, etc.).

#### VI.4.1.2 La escala de depresión de Hamilton

Es una escala puntual que trata de evaluar los síntomas y signos depresivos de los pacientes estableciendo la presencia de depresión y su severidad. Fue ideada por Hamilton en 1960 y consiste en un test de valoración que consta de 17 ítems basados en la observación del paciente deprimido, de acuerdo a los criterios de la DSM-IV para el diagnóstico de depresión. Este puede ser aplicado por un personal entrenado especializado, con los datos referidos por el propio paciente o por un familiar cercano que se encuentra en contacto directo con el paciente.

Los ítems que toma en cuenta la Escala de Hamilton son: el humor depresivo, sentimientos de culpa, ideación suicida, insomnio, trabajo y actividades de la vida diaria, entecimiento psicomotor, agitación, ansiedad psíquica, ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales y generales, desinterés por el sexo, hipocondría, impresión sobre la enfermedad y pérdida de peso. A cada uno de estos ítems se le asigna un puntaje de acuerdo con el grado de afectación encontrada durante la evaluación del paciente. Los puntajes mayores de 15 puntos se consideran depresión (38).

La Escala de Hamilton para la depresión tiene en cuenta la presencia e intensidad de estos ítems basada en la valoración que realiza el entrevistador del estado del paciente en el momento de la entrevista. Sin embargo, algunos ítems como el sueño valoran el estado retrospectivamente en los últimos días. Cuando no es posible que el paciente responda algunas preguntas, la información puede ser obtenida por personal de enfermería o familiares cercanos que han estado con el paciente. Esta escala ha sido ampliamente utilizada por los expertos en múltiples trabajos de investigación, no solamente para el diagnóstico, sino también para evaluar el tratamiento de la depresión (39,40).

La puntuación va de 0 a 4 puntos de acuerdo con el ítem estudiado, asignándole mayor puntaje de acuerdo con la severidad de los síntomas.

Esta escala asigna un puntaje total mayor a 15 puntos para la depresión.

#### VI.4.1.3 Índice de Barthel

Es una escala de evaluación funcional que mide la capacidad del paciente para realizar actividades de la vida diaria luego de haber presentado un padecimiento que genere discapacidad. Las actividades de la vida diaria comprenden actividades personales como alimentación, los desplazamientos, el baño, vestimenta, control anal y vesical, manejo del inodoro y subir escaleras.

Las actividades de la vida diaria constan de 10 ítems que valoran la capacidad de ejecución asignándole un puntaje a cada actividad de acuerdo con el grado de independencia del paciente para realizarla. La palabra "independiente" es enfatizada porque los médicos que evalúan a los pacientes no utilizan estos puntajes de discapacidad para evaluaciones finales. Este instrumento es útil para monitorear el progreso en la adquisición de habilidades funcionales en las diferentes actividades de la vida diaria. Se ha determinado que este índice concuerda con otras mediciones de discapacidad física y es un instrumento útil para la evaluación de programas de rehabilitación (25) y puede servir como método predictivo de las actividades de la vida diaria 6 meses después de ocurrida la discapacidad (41).

La puntuación va de 0 a 100 puntos, con intervalos de 5 puntos, considerándose puntajes iguales o superiores a 60 puntos como un estado independiente.

Este instrumento es útil para evaluar la secuela motora de personas con discapacidad, ya que evaluando su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria podemos notar las limitaciones físicas que posee el paciente. Asimismo, es posible valorar la recuperación funcional de estos pacientes comparando los puntajes encontrados en dos momentos diferentes de medición (antes y después de ser sometidos a terapia ocupacional).

#### *VI.4.2. Validez del instrumento.*

Tanto la Escala de Hamilton, así como el índice de Barthel han sido validados en múltiples trabajos científicos. En el caso de la Escala de Hamilton, su validez ha sido descrita en relación con el examen clínico realizado por psiquiatras y neurólogos en muchos pacientes deprimidos y, ha sido utilizado como instrumento para la evaluación de la eficacia del tratamiento antidepresivo (42).

#### *VI.4.3. Aplicación del instrumento.*

Los instrumentos son cuestionarios que se completan a lápiz, requiere aproximadamente de 30 a 40 minutos para su administración. Se aplicará la escala de Hamilton y Barthel en el Hospital General Regional 200 a los pacientes con discapacidad y/o a sus cuidadores primarios para que respondan los cuestionarios cumpliendo los criterios de inclusión; se realizara en dos momentos diferentes.

Los puntajes obtenidos en la Escala de Hamilton y el índice de Barthel en la evaluación de pacientes con discapacidad tanto al inicio de su tratamiento con terapia ocupacional (1er control) como a el primer o segundo mes de este (2do control) serán consignados en una ficha de recolección de datos.

Con el propósito de determinar la influencia de la depresión en la rehabilitación motora con terapia ocupacional de las personas con discapacidad.

## **VI.5. DESARROLLO DEL PROYECTO.**

Se llevo a cabo en el Hospital General Regional 200 en el área de terapia ocupacional, a los participantes se les explico sobre los instrumentos, el método de aplicación y se dio a conocer el propósito por el cual se aplicó cada uno de los cuestionarios, teniendo claro el motivo se procedió a la aplicación de estos de forma independiente en los participantes seleccionados, deteniéndonos para cuando se tuviera que hacer alguna aclaración, se dio el tiempo necesario para colaborar y contestar los cuestionarios.

Después de obtener la información en los dos controles se procedió a la realización del análisis de los datos, resultados, elaboración de conclusiones, discusión y sugerencias.

### *VI.5.1. Material*

Para la elaboración del trabajo de investigación se requirió de papelería, equipo de cómputo, memoria USB, impresora, programa de procesador de texto Office Word, SPSS e internet de banda ancha.

## **VI.6. LÍMITE DE ESPACIO TIEMPO**

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital General Regional 200 en el periodo de octubre 2020 a febrero 2021.

## VI.7. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2020											2021						
	Ene	Feb	Mar	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul
Delimitación del tema de investigación																		
Revisión bibliográfica																		
Planteamiento del problema																		
Marco teórico y objetivos																		
Diseño de estudio e instrumentos																		
Aprobación del comité de ética							*	*										
Pilotaje del instrumento y correcciones																		
Aplicación del instrumento																		
Clasificación y tabulación de datos																		
elaboración de cuadros y graficas																		
Análisis e interpretación de datos																		
Realización de conclusiones																		
Replica de tesis																		



## **VI.8. DISEÑO DEL ANÁLISIS.**

Una vez obtenida la información de los cuestionarios, se realizó la captura de los resultados en una base de datos creada en el programa estadístico SPSS 21, para proceder al cálculo de las medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y porcentajes; la asociación existente se calculó mediante la prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrada, entre los pacientes con depresión y su recuperación con terapia ocupacional, IC para 95% de NC y la medida de asociación OR [ODDS RATIO].

Los datos obtenidos se trabajaron estadísticamente, los resultados se clasificaron y tabularon para la elaboración de cuadros y gráficas.

## VIII. CONSIDERACIONES ETICAS

La Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en su Título Segundo que trata de los Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos,

Capítulo I refiere lo siguiente:

El ARTÍCULO 17, nos menciona que se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías; investigación sin riesgo, investigación con riesgo mínimo e investigación con riesgo mayor que el mínimo, para fines del trabajo de investigación se describe la fracción I:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en la variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de los expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

De tal manera el ARTÍCULO 23 se refiere a que, en caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado. (43)

Con base con la ley General de Salud en materia de investigación en todos los casos se mantendrá la confidencialidad de la información contenida, de acuerdo a dicho documento esta investigación está clasificada como investigación sin riesgo, por lo que se omite el consentimiento informado de manera escrita.

## **IX. RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS**

El presupuesto de este protocolo de investigación englobara gastos de papelería, internet, impresiones. Así como los gastos correspondientes para la presentación del examen recepcional y tiraje de tesis, mismos que serán financiados por el alumno con apoyo de la beca CONACyT/Becario\_EJ2021.

## X. RESULTADOS

Se estudiaron 115 pacientes con secuela motora a causa de una lesión que generó discapacidad evaluándose la presencia de depresión en cada uno de ellos mediante la escala de Hamilton y su limitación para las actividades de la vida diaria mediante el índice de Barthel.

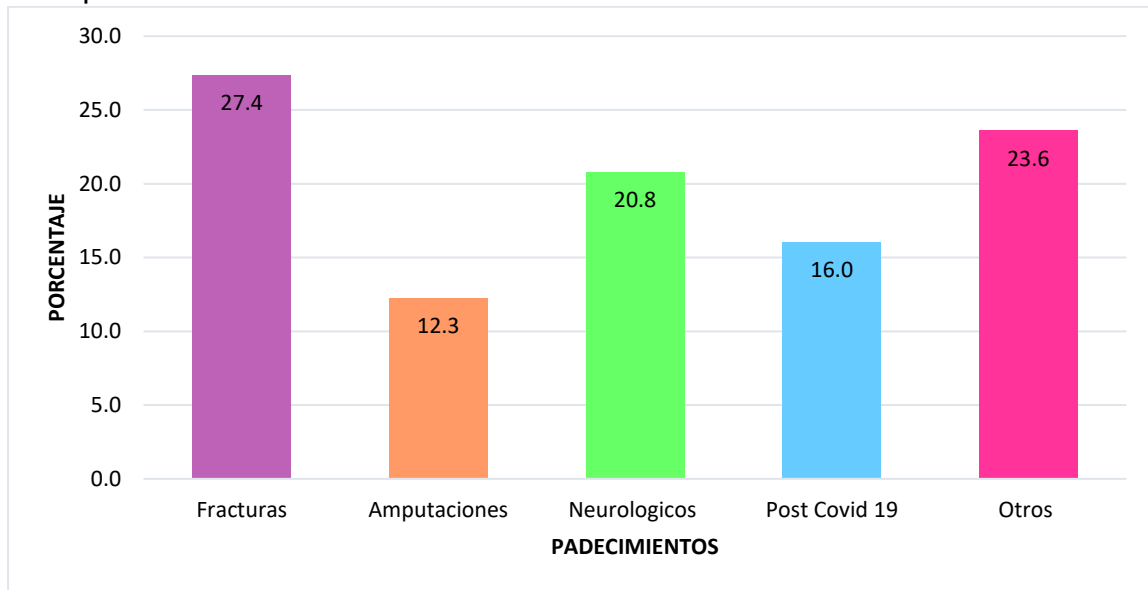
Cinco pacientes fueron eliminados del estudio debido a que dejaron de asistir a su rehabilitación con terapia ocupacional entre las razones se encontraron falta de recursos económicos para el traslado de casa a el hospital o que no tenían quien los acompañara. A tres pacientes se les suspendió la rehabilitación al salir positivos ante el COVID-19. Y un paciente se excluyó debido a que tenía la discapacidad desde el nacimiento. Quedado al final con 106 pacientes para el estudio.

De los 106 pacientes 65 (61%) pertenecen a el sexo masculino y 41 (39%) al femenino. Las edades fluctuaron entre los 20 y 75 años, con una media de 47 años para el género masculino y 45 años para el género femenino. Con una desviación estándar de  $\pm 12.16$  para el primer género y  $\pm 13.07$  para el segundo.

En cuanto a su estado civil 78 (73.6%) de los pacientes son casados. Respecto a el grado académico 13 participantes (12.3%) estudiaron hasta nivel primaria, 53 (50%) estudiaron secundaria, seguidos de 31 personas (29.2%) las cuales tuvieron nivel medio superior, 2 tuvieron educación superior (1.9%). Entre las ocupaciones más destacadas se encontraron las de empleado y ayudante general.

Los padecimientos que generaron la discapacidad en los pacientes estudiados y por la cual asistían a terapia ocupacional corresponde a fracturas como las más recurrentes (27.4%). El (23.6%) lo representan otros padecimientos en los que se incluyeron algunas tendinitis u operaciones como túnel del carpo, tendinitis de Quervain, lesión u operación de manguito rotador, lumbalgias, cervicalgias, dorsolumbares, entre otras. Los padecimientos neurológicos (20.8%), pacientes post COVID-19 (16%) y 12.3% las amputaciones (figura 1).

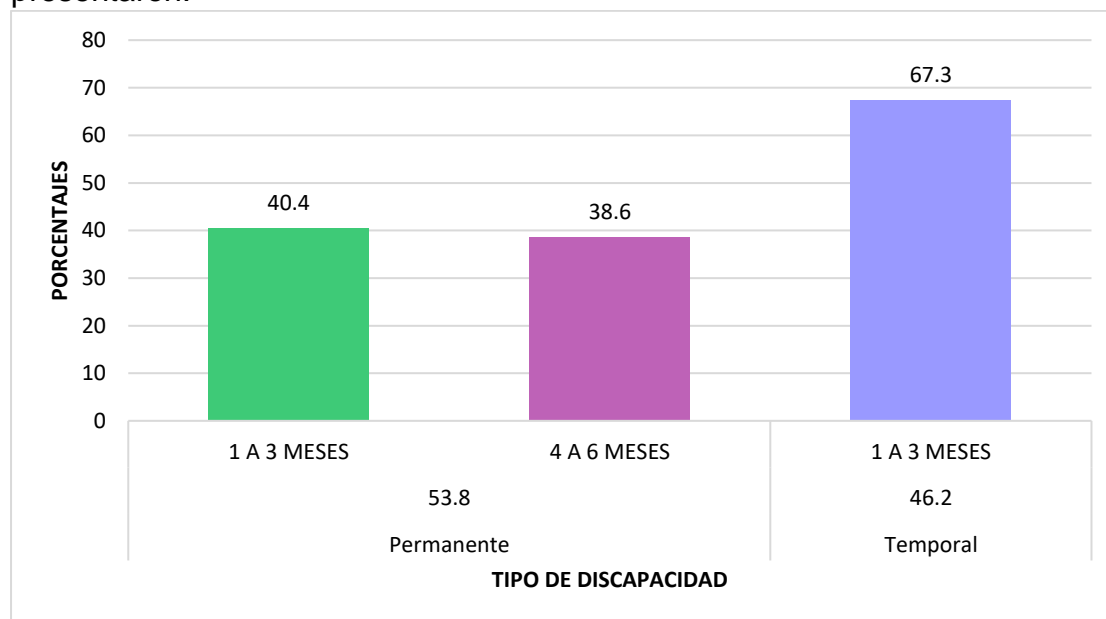
Figura 1. Porcentaje del tipo de padecimientos detectados en los pacientes con discapacidad.



Fuente: Directa, cuestionario aplicado a la muestra en estudio, 2020-2021.

En relación con el tipo de discapacidad la cual se clasifica en permanente o temporal y en base a los padecimientos que la generaron se obtuvo que 57 personas (53.8%) tienen una discapacidad permanente, mientras que la discapacidad de 49 personas (46.2%) es temporal. Con respecto al tiempo que llevan con la discapacidad permanente llevan de 1 a 3 meses (40.4%) con ella y de 4 a 6 meses (38.6%), mientras que los pacientes con la discapacidad temporal la mayoría llevan de 1 a 3 meses (67.3%) (figura 2).

Figura 2. Porcentaje del tipo de discapacidad en relación con el tiempo en el que la presentaron.



Fuente: Directa, cuestionario aplicado a la muestra en estudio, 2020-2021.

Todos los pacientes que acudieron a el área de terapia ocupacional en el hospital general regional no.200 tenían secuela motora que los limitaba en sus actividades de la vida diaria, lo que genera que los pacientes no puedan ser independientes en la realización de estas actividades.

Durante el primer control 85 participantes (80.2%) presentaron síntomas de depresión y veintiuno (19.8%) no presentaron depresión. (Tabla 1)

Tabla 1. Depresión según tipo de discapacidad

<b>HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 200 IMSS (octubre 2020-febrero 2021)</b>						
<b>1ER CONTROL</b>						
TIPO DE DISCAPACIDAD	CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>PERMANENTE</b>	57	100	0	0	57	53.8
<b>TEMPORAL</b>	28	57.2	21	42.9	49	46.2
<b>TOTAL</b>	85	80.2	21	19.8	106	100

Fuente: Directa, Escala de Hamilton aplicada a la muestra en estudio, 2020-2021

Durante el segundo control, después de concluir su ciclo de rehabilitación motora con terapia ocupacional 48 personas con discapacidad (45.3%) presentaron síntomas de depresión y 58 pacientes no los presentaron (54.7%). (tabla 2)

Tabla 2. Depresión según tipo de discapacidad.

<b>HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 200 IMSS (octubre 2020-febrero 2021)</b>						
<b>2DO CONTROL</b>						
TIPO DE DISCAPACIDAD	CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>PERMANENTE</b>	41	72	16	28.1	57	53.8
<b>TEMPORAL</b>	7	14.2	42	85.7	49	46.2
<b>TOTAL</b>	48	45.3	58	54.7	106	100

Fuente: Directa, Escala de Hamilton aplicada a la muestra en estudio, 2020-2021

También se evidencia la disminución de porcentaje de participantes con síntomas de depresión en el segundo control con respecto al primer control (de 80.2 a 45.3%) este hecho se presenta tanto en pacientes con discapacidad permanente en donde el porcentaje con depresión después de que en el primer control era del 100% en el segundo control disminuyo.

Tabla 3. Limitación de las actividades de la vida diaria en pacientes con discapacidad

<b>HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 200 IMSS (octubre 2020-febrero 2021)</b>						
<b>1ER CONTROL</b>						
TIPO DE DISCAPACIDAD	DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>PERMANENTE</b>	41	72	16	28	57	53.8
<b>TEMPORAL</b>	27	55.1	22	44.9	49	46.2
<b>TOTAL</b>	68	64.1	38	35.9	106	100

Chi cuadrado= 2.554 valor de p=0.8649

En cuanto a la limitación de las actividades de la vida diaria durante el primer control se encontró que 68 participantes (64.1 %) eran físicamente dependientes para

realizar sus actividades de la vida diaria y 38 pacientes (35.9%) eran físicamente independientes para realizar sus actividades de la vida diaria. (tabla 3).

Para cada tipo de discapacidad, los porcentajes de pacientes dependientes para sus actividades de la vida diaria fueron más frecuentes en comparación a los pacientes independientes para ambos tipos de discapacidad; con un 72% para los pacientes con discapacidad permanente y 55.1% para la discapacidad temporal.

Sometidos a análisis estadísticos mediante chi cuadrada al comparar el tipo de discapacidad y su dependencia física para realizar sus actividades de la vida diaria se encontró que no había significancia para el primer control ya que el valor de  $p = 0.8649$ , lo cual nos sugiere que la frecuencia de pacientes dependientes que requieren rehabilitación motora con terapia ocupacional es independiente del tipo de discapacidad.

Tabla 4. Limitación de las actividades de la vida diaria en pacientes con discapacidad

<b>HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 200 IMSS (octubre 2020-febrero 2021)</b>						
<b>2DO CONTROL</b>						
TIPO DE DISCAPACIDAD	DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>PERMANENTE</b>	27	47.3	30	52.7	57	53.8
<b>TEMPORAL</b>	0	0	49	100	49	46.2
<b>TOTAL</b>	27	25.5	79	74.5	106	100

Chi cuadrado= 28.698 valor de  $p=0.000$

En el segundo control, después de haber terminado su ciclo de terapias, 27 pacientes (47.3%) continuaron como dependientes, en cuanto a 79 pacientes (74.5%) fueron independientes en la realización de sus actividades de la vida diaria (tabla 4).

Como puede ser comparado en ambos controles, se aprecia una reducción en el porcentaje de pacientes físicamente dependientes para el segundo control, lo cual nos indica que la terapia ocupacional ejerce una influencia positiva en los pacientes que requieren rehabilitación motora en cuanto a su limitación para realizar sus actividades de la vida diaria.



Cabe señalar que en los resultados se aprecia que, en el primer control 27 pacientes (55.1%) con discapacidad permanente eran físicamente dependientes (cuadro No.3), expresándose un aumento en el porcentaje del segundo control de pacientes independientes con este tipo discapacidad al 100% (cuadro No. 4). En cuanto a la discapacidad permanente también se puede apreciar un aumento en el porcentaje de los pacientes que son físicamente independientes 16 pacientes (28%) para el primer control (cuadro No.3) incrementan a 30 pacientes independientes (52.7%) para el segundo control (tabla 4).

Estos resultados denotan que posterior de que los pacientes fueron sometidos a terapia de rehabilitación con terapia ocupacional, se produce un aumento en el porcentaje de pacientes físicamente independientes tanto en la discapacidad temporal, como permanente. Una vez sometidos a un análisis estadístico de chi cuadrada surge que el tipo de discapacidad influye significativamente en la recuperación motora de los pacientes con un valor de  $p=0.000$

Tabla 5. Distribución de pacientes por recuperación motora según tipo de discapacidad

<b>HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 200 IMSS (octubre 2020-febrero 2021)</b>						
TIPO DE DISCAPACIDAD	SE RECUPERO		NO SE RECUPERO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>PERMANENTE</b>	41	72	16	28	57	53.8
<b>TEMPORAL</b>	45	91.8	4	8.2	49	46.2
<b>TOTAL</b>	86	81.1	20	18.9	106	100

Chi cuadrada= 6.8211                      valor de  $p=0.0519$

Respecto a la recuperación motora de los pacientes según el tipo de discapacidad. se aprecia que el 81.1% se recuperó en el segundo control, en tanto que el 18.9 % no se recuperó durante su ciclo de terapia ocupacional.

En cuanto a la discapacidad permanente, 41 pacientes (72%) se recuperaron, y en la discapacidad temporal 45 pacientes (91.8%) se recuperaron. El análisis de las diferencias de chi cuadrada demuestra que no hubo diferencia significativa ya que el valor de  $p= 0.519$  para la recuperación motora entre ambos tipos de discapacidad. (tabla 5)

En cuanto a la asociación que existe entre la recuperación motora de los pacientes según el tipo de discapacidad y la presencia de depresión en dichos pacientes. A pesar de que el valor de  $p=0.0216$  indica diferencia significativa se puede apreciar que no hay asociación derivada a que el OR es de 0.19, menor a uno, con un intervalo de confianza de 95% el nivel de confianza es de 0.418-0.92 (tabla 6).

Tabla 6. Distribución de pacientes por recuperación motora según depresión

<b>HOSPITAL</b>						
<b>GENERAL REGIONAL NO. 200 IMSS (octubre 2020-febrero 2021)</b>						
TIPO DE DISCAPACIDAD CON DEPRESIÓN	RECUPERACIÓN MOTORA				TOTAL	
	SE RECUPERO		NO SE RECUPERO		No.	%
	No.	%	No.	%		
<b>PERMANENTE</b>	41	72	16	28	57	67
<b>TEMPORAL</b>	26	92.9	2	7.1	28	33
<b>TOTAL</b>	67	78.8	18	21.2	85	100

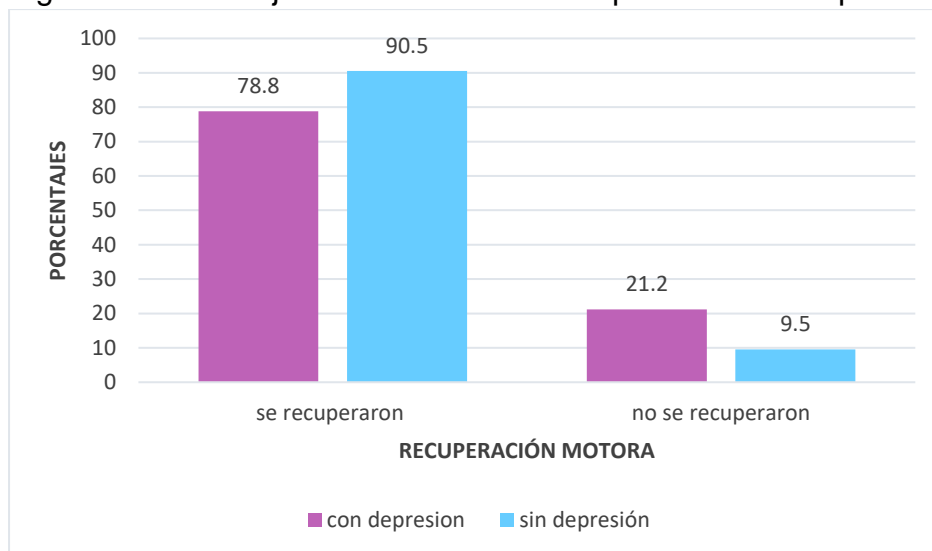
Chi cuadrada= 3.7525

valor de  $p=0.0216$

Odds ratio 0.19

El porcentaje de pacientes con depresión que se recuperan (78.8%) también aumenta como el porcentaje de los que no tenían depresión (90.5%) y del mismo modo se recuperan. Por lo que el porcentaje de pacientes que no se recuperan son mínimos en cuanto a el porcentaje de los pacientes con depresión (21.2%) y los pacientes sin depresión que no se recuperan (9.5%) (figura 3).

Figura 3. Porcentaje de la relación de recuperación de los pacientes con depresión



La relación que existe entre los pacientes con discapacidad que presentaron depresión y de los que no la presentaron en cuanto a la recuperación motora de dichos pacientes se aprecia que hay una diferencia significativa una vez sometidos a la prueba estadística del chi cuadrada con un valor de  $p= 0.0409$ , sin embargo, no hay asociación derivado a que el OR es de 0.19, menor a uno, con un intervalo de confianza de 95% el nivel de confianza es de 0.0834-1.8408 (cuadro No.7)

Tabla 7. Distribución de depresión por recuperación motora según pacientes con discapacidad.

<b>HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 200 IMSS (octubre 2020-febrero 2021)</b>						
PERSONAS CON DISCAPACIDAD	RECUPERACIÓN MOTORA				TOTAL	
	SE RECUPERO		NO SE RECUPERO		No.	%
	No.	%	No.	%		
<b>DEPRESIÓN</b>	67	78.8	18	21.2	85	80.2
<b>SIN DEPRESIÓN</b>	19	90.5	2	9.5	21	19.8
<b>TOTAL</b>	86	81.1	20	18.9	106	100

Chi cuadrada= 0.8595      valor de  $p= 0.0409$

Odds ratio 0.39

## XI. DISCUSIÓN

Mariana Belló y cols. (2005) realizaron un estudio acerca de prevalencia y diagnóstico de depresión en la población adulta en México, se calcularon las prevalencias en el ámbito nacional, según sexo, edad, nivel de escolaridad, tamaño de la comunidad de residencia y entidad federativa. En él concluyeron que la depresión es un padecimiento sumamente frecuente en las personas adultas y se asocia a vulnerabilidad social, encontrando una mayor relación mujer-hombre 5:1, incrementándose la prevalencia con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad, siendo más alta la depresión en áreas rurales.(44) En el presente estudio se encontró que la prevalencia de depresión de personas que tienen discapacidad es alta ya que el 80.2% de la población estudiada de una zona urbana presento signos de depresión esto con base a los resultados obtenidos con la escala de Hamilton. Podemos destacar con lo estudiado por Bello y cols., que la depresión puede presentarse en altas prevalencias no solo dentro de una zona rural, cuando las personas presentan una vulnerabilidad social, existe mayor probabilidad que los signos de depresión se presenten en ambas zonas tanto rurales y urbanas.

En el segundo control del estudio se notó un aumento en el porcentaje de personas que no presentaban depresión de un 19.8% a un 54.7%; esto debido a que se sentían menos vulnerables ante la discapacidad y la convivencia social debido que al ir recuperando su movilidad o fuerza física, lograron ser mas independientes en la realización de sus actividades de la vida diaria.

En cuanto a la escolaridad, Bello y cols., en su estudio refieren que es una variable importante, mencionan que entre más estudios menor probabilidad de padecer depresión; en el presente estudio 50% de las personas con depresión tienen el nivel de secundaria y solo el 1.9% el nivel superior. Por lo tanto, el nivel de estudios si pudiera tener una relación en cuanto a la presencia de depresión.

En el presente estudio 61% de la población son del sexo masculino y el 39% pertenece al femenino, sin embargo, se coincide con el estudio de Bello en que las mujeres son las mas propensas a padecer la depresión ya que a pesar de que el mayor porcentaje pertenece a los masculinos, ellas en un 100% presentaron signos de depresión.

Bautista y cols. (2012). Realizaron un estudio para detección en depresión, con una muestra de 200 pacientes, aleatorio, con rango de edad entre 18 y 66 años, los cuales acudieron al Servicio de Consulta Externa del Hospital General de México, en el cual se diagnosticó depresión en pacientes geriátricos, pacientes adultos jóvenes con dolor crónico y pacientes que padecen una discapacidad ya sea temporal o permanente, presentando una prevalencia mayor en el sexo femenino. (45) En el presente estudio encontramos una mayor incidencia de depresión en pacientes con discapacidad permanente, así como en la literatura universal. Con los resultados que se obtuvieron en el presente estudio en un segundo control, el cual se tomó después de concluir su ciclo de rehabilitación motora con terapia ocupacional 45.3% personas con discapacidad presentaron síntomas de depresión y 54.7% pacientes no los presentaron. Llegamos a destacar que el tipo de discapacidad puede influir en la aparición de depresión en los pacientes si la discapacidad es permanente. Los rangos de edades en ambos estudios son en edades productivas.

Se debe enfatizar que el estudio se ha realizado en tiempos de pandemia por COVID-19, por lo cual el asistir a sus citas de terapia ocupacional con frecuencia en los pacientes que ya presentaban una depresión a causa de su discapacidad permanente a demás se les generaba ansiedad por el simple hecho de pensar que entrarían a un hospital. Esta ansiedad era más notoria en el 16% de los participantes que presentaban la discapacidad como secuela post COVID-19.

Wirocius J.M. y cols (2009), realizaron un estudio en el cual relacionaron la incidencia depresión y discapacidad, en pacientes que acudieron a consulta externa de fisioterapia, en edades que oscilan entre 18 y 76 años de edad, de forma aleatoria, en el que encontraron un aumento en la incidencia de depresión en personas con discapacidad, aumentando en el género femenino y con mayor frecuencia pacientes con discapacidad permanente, así como en pacientes geriátricos presentaron una mayor incidencia en depresión (35). En el presente estudio encontramos una relación significativa en cuanto a la recuperación motora de los pacientes con el tipo de discapacidad y la presencia de depresión en dichos pacientes. El aumentar gradualmente la independencia física para realizar las actividades de la vida diaria en las personas con discapacidad a través de la rehabilitación con terapia ocupacional, disminuye la depresión, esta comparación se pudo obtener al relacionar el primer control en cuanto al segundo, se consigue notar que se merma el 85.7% de

los pacientes que presentan depresión y una discapacidad temporal, además se logró apreciar una reducción en el porcentaje de pacientes físicamente dependientes, lo cual nos indica que la terapia ocupacional ejerce una influencia positiva en los pacientes que requieren rehabilitación motora en cuanto a su limitación para realizar sus actividades de la vida diaria.

Tenemos que la relación entre la discapacidad y la depresión ha sido un tema que ha recibido poca atención en la investigación científica.

Carmen Rodríguez y Vargas (2009) en su estudio "Prevalencia y grado de depresión en pacientes de Rehabilitación" encontraron que en 26 pacientes (39%) se diagnosticó depresión, y el resto 41 pacientes (61%) no la presentaron. Los pacientes con depresión leve, el 53% presentaban discapacidad temporal y el 47% discapacidad permanente, en los pacientes con depresión moderada el 20% presentaba discapacidad temporal y el 80% discapacidad permanente. En la depresión grave el 100% presentaba discapacidad permanente. La relación entre depresión y discapacidad, de un total de 49 pacientes con discapacidad temporal 11 presentaron depresión, y en cuanto a discapacidad permanente se refiere, de un total de 18 pacientes, 12 presentaron depresión.

Se llegó a la conclusión de un aumento en la prevalencia de depresión en pacientes con discapacidad, se encontró una relación significativa entre depresión grave y discapacidad permanente. (32)

En el presente estudio la depresión en el primer control se encontró en 100% de los pacientes con discapacidad permanente, coincidiendo con los resultados de Rodríguez y Vargas. Algunas teorías sobre las causas de la depresión sugieren que las personas que sufren de depresión han tenido demasiadas experiencias negativas en sus vidas (tales como enfermedades graves o pérdida de empleo). En el presente estudio el 70% son trabajadores que acusa de la discapacidad ya sea temporal o permanente cuentan con incapacidades laborales, lo cual les suma como una experiencia negativa al ser los portadores económicos del hogar.

Tener una discapacidad no significa que una persona automáticamente sufrirá depresión. Porque no todas las personas con discapacidades sufren de depresión. Sin embargo, la depresión está asociada con ciertas experiencias que son comunes en la vida de individuos con discapacidades.

Vázquez y col.(2020) En su investigación Compromiso, secuelas y rehabilitación del Sistema Nervioso Central debido a infección por Coronavirus, Sars-CoV-2(Covid-19), mencionan la infección por coronavirus Sars-CoV-2 desde su aparición en 2019,se ha manifestado con el compromiso multiorgánico y con la consecuente necesidad de un abordaje multidisciplinario que incluye a varios profesionales de la salud para la intervención aguda, la estabilización del paciente, la exploración neurológica y el proceso de rehabilitación. En conjunto las manifestaciones neurológicas, respiratorias y cardiovasculares son causa de discapacidad, alteración en la funcionalidad, de la participación y del entorno social en los pacientes con infección por Sars-CoV-2, por lo que requieren de una rehabilitación temprana como también de programas diseñados entorno a la pandemia y al compromiso neurológico, con el fin de prevenir complicaciones tempranas (46). En el presente estudio y de acuerdo con Vázquez y col., se logró observar que COVID 19, está generando discapacidades debido a que 16 % de los participantes presentan una discapacidad post COVID 19 y para 100% de estos pacientes es una discapacidad permanente. En el primer control del presente estudio se encontró que 100% de las personas con discapacidad permanente presentaban signos de depresión. Por lo tanto, los pacientes post COVID 19, no solo están generando una discapacidad, también están presentado depresión.

## **XII. CONCLUSIONES**

Se encontró que la discapacidad permanente es mas recurrente en el genero masculino a comparación del femenino en las que se presenta con mayor frecuencia la discapacidad temporal. Las edades con mayor riesgo de padecer una discapacidad se fluctuaron entre los 45 a 47 años.

Entre los padecimientos más frecuentes para generar una discapacidad, ya sea permanente o temporal son las fracturas, padecimientos como tendinitis u operaciones, padecimientos neurológicos, amputaciones y últimamente las secuelas post COVID-19.

En los primeros meses con la discapacidad los pacientes en su mayoría presentan síntomas de depresión esto podría deberse a que se presentan secuelas motoras que los limitan en sus actividades de la vida diaria; sin embargo, cabe mencionar que pocos son los que reciben atención psicológica al ingresar al servicio de rehabilitación.

En los resultados se denota que posterior de que los pacientes fueron sometidos a terapia de rehabilitación con terapia ocupacional, se produce un aumento en el porcentaje de pacientes físicamente independientes tanto en la discapacidad temporal, como permanente. Además de que disminuyen los pacientes que presentan depresión. Lo cual nos permite concluir que la depresión no influye negativamente en la recuperación motora de estos pacientes, se puede interpretar que pasa lo contrario que al irse recuperando con terapia ocupacional y logrando su independencia la depresión que presentan debido a su discapacidad va disminuyendo.



### **XIII. SUGERENCIAS**

Se recomienda evaluar la presencia de depresión en los pacientes con discapacidad durante sus primeros meses e iniciar con terapia antidepresiva acompañada de la rehabilitación motora con terapia ocupacional para obtener resultados a corto plazo y exitosos.

Grupos de apoyo específicos para individuos con discapacidades también pueden ser una importante fuente de información acerca de cómo manejar condiciones discapacitantes.

Control del Estrés, podría favorecer a disminuir la depresión, aunque el estrés no necesariamente causa depresión, éste tiende a empeorar los síntomas de la depresión. Encontrar técnicas de control del estrés que sean adecuadas.

El abordar el tema de discapacidad y el pensar en la pandemia por la que se atraviesa nos hace reflexionar sobre las medidas adecuadas que se deberían llevar a cabo en situación de emergencia para esta población vulnerable, a lo que se sugiere crear sistemas de protección social sostenibles e inclusivos de la discapacidad. Deberían diseñarse prestaciones universales de discapacidad durante toda la vida que permitan atender los gastos adicionales relacionados con la discapacidad y que sean compatibles con el empleo y otros regímenes de asistencia social destinados a garantizar ingresos básicos.

Así como Hacer un seguimiento de la inclusión y el empoderamiento de las personas con discapacidad en los planes nacionales de respuesta y recuperación.

#### XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. Berenzon S, Lara MA, Robles R, et al. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *salud publica mex.* [Internet]. 2013;55(1):74-80. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2013/sal131i.pdf>
2. Mingote Adán José Carlos, Gálvez Herrer Macarena, Pino Cuadrado Pablo del, Gutiérrez García M<sup>a</sup> Dolores. El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Med. segur. trab.* [Internet]. 2009 Mar; 55( 214 ): 41-63. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465546X200900010004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465546X200900010004&lng=es).
3. Thompson Karla, depresión y discapacidad guía practica. 3<sup>a</sup> ed. México: 2012.23p
4. Narváez-Sánchez, Yesenia, Hernández-Suárez, María Isabel, Vázquez-Hernández, Mayra, Miranda de la Cruz, Armando, Magaña Olán, Lorena, Depresión e ideas suicidas en jóvenes de educación media superior en Tenosique, Tabasco. *Salud en Tabasco* [Internet]. 2017; 23 (1-2): 28-33. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48754566005>
5. Javier Irastorza, Personalidad depresiva: concepto y diferenciación: diagnóstico diferencial entre trastorno de personalidad depresiva y distimia. [Internet]. Madrid, 2012. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/15066/1/T24648.pdf>
6. Botto Alberto, Acuña Julia, Jiménez Juan Pablo. La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2014 Oct; 142( 10 ): 1297-1305. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>.
7. Cruz Pérez Guillermina. De la tristeza a la depresión. *Rev UNAM.* [Internet] 2012 dic; 15 (4) 5-12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi2012/epi124h.pdf>
8. Aránzazu Coca Vila, La ansiedad infantil desde el análisis transaccional. [Internet]. Barcelona, 2013. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Acoca/Documento.pdf>
9. María del C. Martínez-Martínez, Guillermo Muñoz-Zurita, Karla Rojas-Valderrama, José Antonio Sánchez-Hernández, Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de la licenciatura en Medicina de Puebla, México, *Atención Familiar* [Internet], 23 (4), 2016, 145-149. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630150X>
10. Guimon José, La discriminación de los pacientes mentales: un reto para los derechos humanos. [Internet]. Ed 28, Bilbao, 2004. 12-16. Disponible en:

<http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/cuadernosdcho/cuadernosdcho28.pdf>

11. Hernández Rocío. La depresión asociada a la enfermedad de Artritis Reumatoide. RelbCi [Internet]. 2015 Ene; 2(1), 2-8. Disponible en: <http://www.reibci.org/publicados/2015/enero/0800107.pdf>
12. Vanegas García, José Hoover, Gil Obando, Lida Maritza, La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. Revista Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2007; 12 ( ): 51-61. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689005>
13. Palacios AGUSTINA. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 1ª Ed. 2008. 325-412.
14. PADILLA-MUNOZ, Andrea. DISCAPACIDAD: CONTEXTO, CONCEPTO Y MODELOS. En t. Ley: Rev. Colomb. Derecho Int. [internet]. 2010, 16(9), p. 381-414. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S16928156201000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16928156201000100012&lng=en&nrm=iso)
15. Ramos Pozón Sergio. Una propuesta de actualización del modelo bio-psicosocial para ser aplicado a la esquizofrenia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2015 Sep ; 35( 127 ): 511-526. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000300005>
16. Fernández-López Juan Antonio, Fernández-Fidalgo María, Geoffrey Reed, Stucki Gerold, Cieza Alarcos. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2009 Dic; 83( 6 ): 775-783. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S11355727200900060002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11355727200900060002&lng=es)
17. Monsalve González Asunción, Núñez Batalla Faustino. La importancia del diagnóstico e intervención temprana para el desarrollo de los niños sordos: Los programas de detección precoz de la hipoacusia. Psychosocial Intervention [Internet]. 2006 ; 15( 1 ): 7-28. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S11320559200600010002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11320559200600010002&lng=es)
18. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud «CIF». Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001.
19. Fundación Diario La Nación. Suplementos Solidarios. Sociedad y Discapacidad. Buenos Aires, 2003.

20. Hernández Ríos MI. El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. rev.ces derecho [Internet]. 15 de diciembre de 2015 , 6(2):46-59. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co:443/index.php/derecho/article/view/3661>
21. Andrews, D. A., & Bonta, J. Rehabilitating criminal justice policy and practice. Psychology, Public Policy, and Law, American Psychological Association, 16(1), 2010, pp. 39-55
22. Alzate Posada MI, López Lucero, Velásquez Vilma. Una mirada de la rehabilitación desde la perspectiva de la profesión de enfermería. av.enferm, 2010; XXVIII (1): 152-165. Disponible en: <http://sitios.dif.gob.mx/cenddif/wpcontent/Archivos/BibliotecaDigital/UnaMiradaDeLaRehabilitacionDesdeEnfermeria>.
23. Roboredo Rodriguez j, nova fente M., Blanco Pereira M. Terapia Ocupacional y ocupación: de la definición de la praxis profesional. [internet]. TOG (a Coruña); 2015. 7(12). Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num7/mono7.pdf>
24. Polonio López, B; Durante Molina P & Noya Arnaiz, B.: "Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional". Editorial Médica Panamericana, 2001, Madrid.
25. Jiménez-Echenique J. La terapia ocupacional, fundamentos de la disciplina. Cuad. - Hosp. Clín. [Internet]. 2018; 59 (Especial): 82-87. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165267762018000300012&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165267762018000300012&lng=es).
26. AOTA - American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy practice Framework: Domain and Process. 2da Edición. California, Estados Unidos. 2008.
27. Ariño R, Boffelli M, Demiryi M, Chiapessoni D. La construcción de las bases para la elaboración de mapas de riesgo. Una forma de intervención social desde Terapia Ocupacional. Extension [Internet]. 8mar.2017;6(6):208-15. Disponible en: <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/publicaciones/index.php/Extension/article/view/6344>
28. Ares Senra Lucía. Una evaluación ocupacional: marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional de la asociación americana de terapia ocupacional: dominio y proceso. TOG (Galicia) [internet]. 2012; 9(15). P16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4220519>
29. CIF Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. World Health Organization. 2001
30. Neumann-Collyer Vivian E., Hernández-Pérez Karla A., Pohl-Montt Pedro Gentoso. Diseño de un instrumento de evaluación de desempeño en

- actividades de la vida diaria. *Rev. salud pública* [Internet]. 2018 Oct; 20( 5 ): 554-559. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012400642018000500554&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642018000500554&lng=en).
31. Alamo Gutiérrez E. Beneficios de las intervenciones de Terapia Ocupacional en la reducción de síntomas depresivos en personas mayores de 60 años. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional* [internet], 19(2) 2019: 25 - 38. Disponible en: <https://revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/49304>
  32. Mingote Adán José Carlos, Gálvez Herrer Macarena, Pino Cuadrado Pablo del, Gutiérrez García M<sup>a</sup> Dolores. El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Med. segur. trab.* [Internet]. 2009 Mar; 55( 214 ): 41-63. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2009000100004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100004&lng=es).
  33. Sieglin V. Estrés laboral y depresión entre maestros del área metropolitana de Monterrey. *Rev. Mex. Sociol* [internet]. 2007, 69(3) pp.517-551. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01882503200700300005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01882503200700300005&lng=es&nrm=iso)
  34. Calderón M Diego. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered* [Internet]. 2018 Jul; 29( 3 ): 182-191. Disponible en: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>.
  35. Berrospi-Reyna Silvia, Herencia-Souza Mónica, Soto Alonso. Prevalencia y factores asociados a la sintomatología depresiva en mujeres con cáncer de mama en un hospital público de Lima, Perú. *Acta méd. Peru* [Internet]. 2017 Abr; 34( 2 ): 95-100. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172017000200004&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000200004&lng=es).
  36. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas A Propósito Del Día Internacional De Las Personas Con Discapacidad. 2015
  37. Colegio Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. La Evolución De La Pobreza 2010-2016.
  38. Ojeda César, Silva Hernán, Cabrera Jorge, Tchimino Claudia, de la Carrera Cecilia, Molina Andrea. Validez interna y concurrente de una escala breve autoadministrada de siete ítems para la depresión, evaluada en relación a los inventarios de Beck y Hamilton: Estudio preliminar. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2003 Ene; 41 (1): 31-38. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071792272003000100005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272003000100005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003000100005>
  39. Terol-Cantero M. Carmen, Cabrera-Perona Víctor, Martín-Aragón Maite. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anal. Psicol.* [Internet]. 2015 Mayo; 31( 2 ): 494-503.

- Disponibile en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021297282015000200013&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021297282015000200013&lng=es).
40. Zarate Grajales Rosa A.. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2004; 13(44-45): 42-46. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es).
41. Loredó-Figueroa M.T., Gallegos-Torres R.M., Xequé-Morales A.S., Palomé-Vega G., Juárez-Lira A.. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2016 Sep; 13( 3 ): 159-165. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632016000300159&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000300159&lng=es)
42. Avendaño Carlos. Neurociencia, neurología, y psiquiatría: Un encuentro inevitable. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2002 Sep ; ( 83 ): 65-89. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352002000300005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000300005&lng=es)
43. Mondragón-Barrios L. Consentimiento informado: una praxis dialógica para la investigación [Informed consent: a dialogic praxis for the research]. Rev Invest Clin. 2009 Jan-Feb;61(1):73-82. Spanish. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2788237/>
44. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalence and diagnosis of depression in Mexico. Salud Publica Mex 2005;47 (1), 2005, p 4-1. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10609302.pdf>
45. Bautista-García Sergio, Juárez-Cedillo Teresa, Gallegos-Carrillo Katia, Gallo Joseph J., Wagner Fernando A., García-Peña Carmen. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. Salud Ment [revista en la Internet]. 2012 Feb; 35( 1 ): 71-77. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100011&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100011&lng=es).
46. Vásquez Fernández, Compromiso, secuelas y rehabilitación del Sistema Nervioso Central debido a infección por Coronavirus, Sars-CoV-2(Covid-19). RevColMedFisRehab2020;30(Suplemento):107-129. Disponible en:  
<https://revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/260/253>

## **XV. ANEXOS**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Ana Karen Cotarelo Pérez, con el nombre de "Influencia de la depresión durante la rehabilitación motora con terapia ocupacional de los pacientes con discapacidad. Hospital General Regional No.200 del IMSS. 2021., de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. La meta de este estudio es: Determinar la influencia de la depresión durante la rehabilitación motora con terapia ocupacional de los pacientes con discapacidad. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar 3 encuestas. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Ana Karen Cotarelo Pérez. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es determinar la influencia de la depresión durante la rehabilitación motora con terapia ocupacional de los pacientes con discapacidad.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

---

Nombre del Participante

---

Firma del Participante

---

Nombre del Testigo

---

Firma del Testigo

Fecha



## ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACION DE LA DEPRESION

Nombre: .....

Fecha: .....

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece 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 se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta

9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle
11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como: • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
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 o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante e Síntomas como • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

**PUNTAJE:**

0-7 No depresión

8-15 Depresión menor

16 o más Depresión

## FICHA DE EVALUACION DE INDICE DE BARTHEL

Nombre: .....

Fecha: ..... Tiempo de Enfermedad: .....

1er control      2do control

### 1. ALIMENTACION

- Independiente (10)
- Necesita ayuda (5)
- Totalmente dependiente (0)

### 2. BAÑO

- Independiente (5)
- Necesita ayuda (0)

### 3. ASEO PERSONAL

- Independiente (10)
- Necesita ayuda (0)

### 4. VESTIRSE

- Independiente (10)
- Necesita ayuda (5)
- Totalmente independiente (0)

### 5. CONTROL ANAL

- Sin problemas (10)
- Algún accidente (5)
- Accidentes frecuentes (0)

### 6. CONTROL VESICAL

- Sin problemas (10)
  - Algún accidente (5)
  - Accidentes frecuentes (0)
7. MANEJO DEL INODORO
- Independiente (10)
  - Necesita ayuda (5)
8. DESPLAZAMIENTO SILLA/CAMA
- Independiente (10)
  - Necesita ayuda (0)
9. DESPLAZAMIENTO
- Independiente (15)
  - Necesita ayuda (10)
  - Independiente en silla de ruedas (5)
  - Incapaz de desplazarse (0)
10. SUBIR ESCALERAS
- Independiente (10)
  - Necesita ayuda (5)
  - Incapaz de subirlas (0)

PUNTUACION TOTAL: (estado independiente más de 60 puntos)

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

Nombre: ..... Nº de ficha .....

Edad: ..... Sexo: ..... Teléfono: .....

Estado civil: .....

Fecha de recolección de datos: ..... Nº de seguridad social: .....

Padecimiento : ..... Ocupación: .....

Tiempo de enfermedad:        meses

Tipo de discapacidad: .....

Secuela:        Déficit motor Si ( ) No ( ) Trastornos del lenguaje        Si ( ) No ( )

Otros trastornos.....

Puntaje de la Escala de Hamilton:        Ptos (1er control)                                Ptos (2do control)

Terapia ocupacional:                                Tiempo        días

Índice de Barthel:                                ptos (1er control)                                pts (2do control)

