

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES CON
PARÁLISIS FACIAL QUE PRESENTAN TRANSTORNOS DEPRESIVOS DE
AMBOS SEXOS ENTRE LAS EDADES DE 15 A 80 AÑOS, ATENDIDOS EN EL
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE ORIENTE DE LA CIUDAD DE
SAN MIGUEL; EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE SEPTIEMBRE A
NOVIEMBRE DE 2007**

INFORME FINAL PRESENTADO POR:

**ALICIA CRUZ CRUZ
ROSARIO DEL CARMEN JOYA DE DINARTE
IRENIA MARISOL NAVARRO CASTILLO**

**PARA OPTAR EL GRADO DE:
LICENCIADA EN FISIOTERIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

**DOCENTE DIRECTOR:
LICENCIADA ERIKA YESENIA FLORES DE MARTÍNEZ**

FEBREO DE 2008

SAN MIGUEL,

EL SALVADOR,

CENTRO AMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

MAESTRO RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ

RECTOR

MAESTRO MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS

VICE RECTOR ACADÉMICO

MAESTRO OSCAR NÓE NAVARRETE

VICE RECTOR ADMINISTRATIVO

LICENCIADO DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ

SECRETARIO GENERAL

DOCTOR RENE MADECADEL PERLA JIMENEZ

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

INGENIERO DAVID ARNOLDO CHÁVEZ SARAVIA

DECANO

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

VICEDECANO

INGENIERO JORGE ALBERTO RUGAMAS RAMÍREZ

SECRETARIO GENERAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME

JEFE DE DEPARTAMENTO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

**COORDINADOR DE LA CARRERA DE
FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

ASESORES

LICENCIADA ERIKA YESENIA FLORES DE MARTÍNEZ

DOCENTE DIRECTOR

LICENCIADA ERLIN MARILÚ OSORIO DE GUEVARA

ASESORA DE METODOLOGÍA

AGRADECIMIENTOS

GRACIAS A DIOS Y A LA VIRGEN por avernos dado sabiduría persistencia para poder culminar con éxitos nuestros estudios y alcanzar nuestra meta.

A NUESTROS PADRES por el amor y comprensión y apoyo al lo largo de nuestra preparación.

A LOS DOCENTES UNIVERSITARIOS:

Lic. de MARTINEZ, Lic. de GUEVARA, Lic. BERRIOS, Lic. DIAZ y a los demás docente que de una u otra manera compartieron sus conocimientos y apoyarnos durante nuestra carrera universitaria.

A LOS DRS. FLORES Y DINARTE por habernos apoyado y, brindado confianza incondicional durante nuestra formación.

A LOS PACIENTES por colaborar en el periodo de ejecución y por su comprensión.

Alicia, Rosario e Irenia

DEDICATORIA

ESTE LOGRO SE LO DEDICO A DIOS TODO PODEROSO Y A LA VIRGEN MARIA por el don de la vida por darme persistencia y por ayudarme en toda mi formación.

A MI ESPOSO E HIJOS por su amor entrega y comprensión por apoyarme en los momentos difíciles por ser mis mejores amigos y por ser la inspiración de mi vida.

A MIS PADRES: GONZALO JOYA Y CRISTINA PERLA DE JOYA por su ayuda moral y espiritual, comprensión amor y confianza

A MIS HERMANOS: ANDRES, ARMANDO, EDERMIDIO, ROSIBEL, DEYSI, MARITSA y en especial a ARGELIA por estar pendiente en mi formación por su cariño, comprensión y apoyo.

A LA Lic. de MARTINEZ por ser mas que una maestra una amiga con la que siempre conté en los momentos difíciles de nuestra formación.

A LOS DOCENTES: LIC. de GUEVARA por su apoyo y comprensión y cariño que nos mostró en nuestra formación.

A LOS AMIGOS que de una u otra manera me apoyaron durante este proceso A TODOS QUE DIOS LES BENDIGA.

Rosario

DEDICATORIA

AL DIVINO NIÑO JESUS por regalarme la oportunidad de obtener un nuevo nivel académico, por iluminarme y cuidarme siempre.

A MIS HIJOS ALICIA Y MELISSA, ANGEL, por estar siempre dispuestos a apoyarme en todo momento y por ser mis mejores amigas y a mis nietos MILADY Y MAX por su amor incondicional que me brindaron en todo momento.

A MAX PORTILLO Y A MIS HERMANOS NELLY, ANTONIO, MEDARDO, IRMA por su amor y haberme apoyado en todo momento para seguir adelante y culminar en mi carrera.

A TODA MI FAMILIA que creyó en mi y me apoyaron brindándome cariño y confianza para terminar mi carrera

A LA MEMORIA DE MI PADRE MEDARDO CRUZ QUE DESDE EL CIELO GOZA DE MI ORGULLO ALCANZADO Y A MI MADRE ROSA CRUZ POR SU AMOR Y APOYO.

A HERBERT DINARTE, JULIO CESAR SALAZAR por estar siempre dispuestos a colaborar y brindarme su apoyo.

A LOS DOCENTES: Que nos enseñaron y guiaron durante toda mi carrera Lic: Erika de Martínez, Erlin de Guevara, Margarita Berrios, Carlos Díaz, que fueron muy especiales conmigo.

AL PERSONAL DE ADMINISTRACION ACADEMICA Y COLECTURIA por brindarme su atención con eficiencia, calidad y calidez.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS: porque siempre nos apoyamos a pesar de las dificultades que enfrentamos y la comprensión brindada en todo momento.

Alicia

DEDICATORIA

Doy Gracias a Dios Todopoderoso por haberme dado la sabiduría necesaria y perseverancia para poder culminar con éxitos mi carrera.

A MI MADRE por haberme dado la vida (Q. E. P. D) y a mi PADRE por el amor y apoyo incondicional.

A MIS HIJOS: Jonathan Vladimir Navarro (Q. E. P. D), Astrid Irenia, Cesar Andrés Salazar Navarro por ser lo mejor que Dios me ha permitido tener.

A LOS PACIENTES: por su valiosa colaboración para llevar acabo esta investigación.

A LOS LICENCIADOS DOCENTES: de la unidad por compartir sus conocimientos y apoyarnos durante nuestra carrera universitaria.

A LOS ASESORES: por darnos los las pautas y la orientación necesaria por realizar nuestro trabajo de investigación.

A MIS COMPAÑERAS: Margarita, Conchi, Amparo, Abi, Iris, Mirta, Vita y Guillermina por su cariño y apoyo.

Irenia Navarro

ÍNDICE

| CONTENIDO | PÁGS. |
|--|--------------|
| RESUMEN | xv |
| INTRODUCCIÓN | xvii |
| CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | |
| 1. Planteamiento del Problema..... | 21 |
| 1.1 Antecedentes del Fenómeno Objeto de Estudio..... | 21 |
| 1.2 Enunciado del Problema..... | 26 |
| 1.3 Objetivos de la Investigación..... | 26 |
| 1.3.1 Objetivo General..... | 26 |
| 1.3.2 Objetivos Específicos..... | 26 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | |
| 2. Marco Teórico..... | 29 |
| 2.1 Base Teórica..... | 29 |
| 2.1.1 Anatomía y Fisiología del Nervio Facial..... | 30 |
| 2.1.2 Definición, Causa, Síntomas y Tipos de Parálisis Facial..... | 31 |
| 2.1.3 Tratamientos de la Parálisis Facial..... | 46 |
| 2.1.4 La Depresión..... | 48 |
| 2.1.5 Terapia Ocupacional..... | 56 |

| | |
|---|----|
| 2.2 Definición de Términos Básicos..... | 60 |
|---|----|

CAPÍTULO III: SISTEMA HIPÓTESIS

| | |
|---|----|
| 3. Sistema de Hipótesis..... | 72 |
| 3.1 Hipótesis del Trabajo..... | 72 |
| 3.2 Hipótesis Nula..... | 72 |
| 3.2 Operacionalización de las hipótesis en Variables..... | 73 |

CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

| | |
|---|----|
| 4. Diseño Metodológico..... | 75 |
| 4.1 Tipo de Investigación..... | 75 |
| 4.2 Universo..... | 75 |
| 4.3 Muestra..... | 75 |
| 4.4 Tipo de Muestreo..... | 76 |
| 4.5 Técnicas de Obtención de Información..... | 76 |
| 4.6 Instrumentos..... | 77 |
| 4.7 Procedimiento..... | 78 |

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

| | |
|---|-----|
| 5. Presentación de Resultados..... | 81 |
| 5.1 Tabulación, Análisis e Interpretación de los datos..... | 83 |
| 5.2 Prueba de Hipótesis..... | 121 |

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|--|-----|
| 6. Conclusiones y Recomendaciones..... | 124 |
| 6.1 Conclusiones..... | 124 |
| 6.2 Recomendaciones..... | 125 |

| | |
|--------------------------|------------|
| BIBLIOGRAFIA..... | 127 |
|--------------------------|------------|

ANEXOS

| | |
|---|-----|
| 1. Cronograma de actividades generales..... | 131 |
| 2. Cronograma de actividades realizadas..... | 132 |
| 3. Músculos de la Cara y El Cuello..... | 133 |
| 4. Origen y Recorrido del Nervio Facial..... | 134 |
| 5. Inervación del Nervio Facial..... | 135 |
| 6. Secuelas de la Parálisis Facial..... | 136 |
| 7. Rostros Diferenciales de Parálisis Facial..... | 137 |
| 8. Exploración de los Músculos Faciales..... | 138 |
| 9. Escala de La Depresión de Montgomery – Asberg..... | 139 |
| 10. Guía de Observación y Hoja de Evaluación a Pacientes..... | 143 |
| 11. Modalidad de Terapia Ocupacional Dinámica del Espejo..... | 145 |
| 12. Modalidad de Terapia Ocupacional Dinámica de Integración..... | 146 |
| 13. Modalidad de Terapia Ocupacional Juego del Viudo..... | 147 |
| 14. Modalidad de Terapia Ocupacional Dinámica de Participación..... | 148 |

| | |
|---|-----|
| 15. Modalidad de Terapia Ocupacional Dinámica de Socialización..... | 149 |
| 16. Modalidad de Terapia Ocupacional Dinámica de Integración..... | 150 |
| 17. Clausura de la Ejecución..... | 151 |

RESUMEN

Las parálisis faciales son causadas por diferentes virus, condiciones ambientales muy variables (cambios bruscos de la temperatura); estas pueden ser de origen central, periférico o mixta, causando hemiplejía de la hemicara afecta, lagrimeo, parálisis muscular de la cara, siendo una de las causas que conduce a la susceptibilidad de padecer trastornos depresivos de leve a moderado en los individuos que la presenta.

El objetivo principal de este estudio fue verificar la efectividad de la terapia ocupacional en pacientes con parálisis facial que adolecen trastornos depresivos en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente en el periodo comprendido de septiembre a noviembre de 2007, entre algunos objetivos específicos se mencionan: Clasificación de los trastornos depresivos, identificar el estado de animo al inicio y al final de la aplicación del tratamiento de terapia ocupacional en pacientes con parálisis facial que presentan trastornos depresivos y los diagnósticos asociados que presenta la muestra.

La hipótesis de trabajo de investigación se formulo de la siguiente manera: La terapia ocupacional es efectiva en pacientes con parálisis facial que presentan trastornos depresivos, ambos sexos entre las edades de 15 a 80 años la cual se puede comprobar por medio de dicho estudio.

El tipo de investigación que se utilizó fue prospectivo, descriptivo y transversal, las técnicas de obtención de la información fueron la técnica documental bibliográfica, hemerográfica y técnica de campo como la escala de la depresión de Montgomery Asberg, la hoja de evaluación y observación inicial y final dirigida a los pacientes. Se utilizó diferente material de apoyo, dinámicas de animación, recreación, integración, socialización y expresión.

Los resultados encontrados corroboran la hipótesis de trabajo planteada al inicio de la investigación; la efectividad de la terapia ocupacional como modalidad de tratamiento beneficia a los pacientes con parálisis facial que adolecen de trastornos depresivos recuperándose el 90% de los pacientes que conformaron la muestra se presentó una evolución notable en el periodo de 3 meses de tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El rostro es la parte anatómica en la que primero se fija la mirada; gracias a la musculatura facial se reflejan las emociones y expresiones. La aparición de una parálisis facial; rompe bruscamente el delicado mecanismo de la expresión y control emocional causando un profundo desosiego en la persona que la sufre y de hecho provoca un cuadro depresivo que afecta la integración del paciente a la sociedad lo cual genera incapacidad laboral disminuyendo la calidad de vida del paciente y su familia.

El documento final de la presente investigación se desglosa en seis capítulos los cuales se detallan a continuación:

El capítulo uno trata sobre el planteamiento del problema, en el cual se dan a conocer los antecedentes del fenómeno, es decir su comportamiento y evolución a nivel mundial de la terapia ocupacional, la depresión y la parálisis facial; además una reseña histórica del lugar donde fue realizado dicho estudio y el enunciado del problema que se plasma a través de una interrogante a la cual el grupo investigador trató de darle una respuesta durante el desarrollo de la investigación, posteriormente se dan a conocer los objetivos de la investigación tanto el objetivo general como los específicos que fueron las bases fundamentales para alcanzar el propósito de este estudio.

De igual manera se plantea el capítulo dos; que contiene el marco teórico que brinda la información teórica que sirvió de apoyo para la investigación en el cual se describen las bases teóricas que comprenden la anatomía y fisiología del sexto par craneal o nervio trigémino, definición de la patología con sus signos y síntomas, su etiología, secuelas, el manejo de fisioterapia y terapia ocupacional en pacientes con parálisis facial que presentan trastornos depresivos y la orientación al paciente y familiar; además definición de términos básicos, donde se definen los vocablos menos conocidos por el lector para una mejor comprensión e interpretación de los aspectos teóricos del fenómeno en estudio.

En el capítulo tres el grupo investigador trata de darle respuesta al problema, a través del sistema de hipótesis, se presentan en este sentido una hipótesis de trabajo con su respectiva hipótesis nula así mismo, se encuentra la operacionalización de las hipótesis en variables e indicadores.

El capítulo cuatro se describe el diseño metodológico que expone el procedimiento ordenado para establecer lo significativo de los hechos y fenómenos hacia los cuales estuvieron encaminados el interés de la ejecución de la investigación; consistiendo en: Tipos de investigación, universo, muestra, tipo de muestreo no probabilístico, criterios de inclusión, técnicas de obtención de información e instrumentos aplicados para la obtención de la información y además se incluye el procedimiento que se llevó a cabo durante la realización del estudio.

El capítulo cinco se constituye de la presentación de los resultados de la investigación de campo, por medio de la tabulación, análisis e interpretación de los resultados obtenidos a través de la evaluación de la escala de Montgomery-Asberg y de la hoja de evaluación y observación inicial y final dirigida a los pacientes; también se incluye la prueba de hipótesis de investigación previamente formuladas.

El capítulo seis; constituye las conclusiones y las recomendaciones, se presenta la síntesis de la información obtenida durante el desarrollo de la investigación, reflejada en las conclusiones y recomendaciones que el grupo de trabajo consideró pertinentes para la posible solución de los trastornos depresivos que adolecen los pacientes que presentan parálisis facial.

Por ultimo se detallan las diferentes fuentes bibliográficas, direcciones electrónicas consultadas, que sirvieron de apoyo teórico para la elaboración de esta investigación. Se incluyen los anexos donde se presenta el cronograma de actividades generales que se llevó a cabo durante el proceso de investigación (Ver anexo No. 1), a la vez se encuentra el cronograma de actividades específicas en la ejecución donde muestra las acciones que el grupo investigador realizó durante la aplicación del tratamiento (Ver anexo No. 2), al igual consta de imágenes que mejoran la comprensión teórica y visual al lector.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO

La mayoría de las familias salvadoreñas viven una situación precaria que a veces alcanza para las necesidades básicas de la familia y no dispone de un excedente económico para iniciar un tratamiento médico adecuado.

La industrialización precede a la contaminación del medio el cual es la antesala de las enfermedades virales, sumado a estas los cambios bruscos de temperatura que son factores desencadenantes de la parálisis facial.

Además interviene la discriminación hacia el usuario que adolece parálisis facial; por desconocer la patología y secuelas; y por el nivel cultural en el que la gente cree que de esta, se puede contagiar.

“En reportes internacionales la parálisis facial es una patología frecuente ocupando uno de los diez primeros lugares entre los diagnósticos con mayor incidencia. La afección del nervio facial es de etiología desconocida del 50 al 70% de los casos es unilateral tiene una incidencia de 10 a 40% de cada 1,000,000 con amplia distribución etárea, sin predilección de sexo, es de rápida aparición y con una recuperación espontánea y completa en un 70 al 80 % de los

pacientes y un plazo no mayor de dos meses. Existe un porcentaje de un 25% que permanece con secuela facial".^{1/}

El Salvador, como un país en vías de desarrollo tiene una población que presenta una alta tasa de enfermedades respiratorias virales, debido a que no hay medidas preventivas y muchas veces son mal tratadas o no tratadas, el desconocimiento del paciente que puede evolucionar a una otitis, esta lesión provoca habitualmente una parálisis definitiva del nervio por una compresión o una neuritis.

La parálisis facial es una patología que afecta el VII par craneal, se manifiesta con una debilidad muscular en una hemicara y desviación de los rasgos faciales, donde la presentación de la estética corporal pierde su imagen real.

En los adultos la parálisis facial más frecuentemente es ocasionada por una parálisis facial de Bell y su etiología por lo general es de origen viral; pero existen otras causas, como apoplejía, tumores cerebrales, sarcoidosis, enfermedades de Lyme y traumas.

Esta patología distorsiona la expresión de emoción (músculos de la mímica)

^{1/} J.I de Diego, Revista Neurológica Pág. 1055

y suele acompañarse de trastornos depresivos debido a que afecta la apariencia física de la cara, que se presenta como no poder cerrar un ojo produciendo irritación de la vista, problemas de masticación por la desviación de la comisura bucal con sialorrea, con dificultad para hablar y a la vez se dificulta la deglución por lo que el paciente se siente deprimido aislándose de la sociedad.

Debido a problemas de informática la base de datos que el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente registraba se borro por lo cual ya no existe información de años anteriores. Solo encontrándose datos del año recién pasado donde la parálisis facial ocupó el séptimo lugar entre los diez diagnósticos más frecuentes de consulta y también se ha obtenido datos desde el periodo de enero a julio del año en curso de 64 pacientes que presentan parálisis facial por diferentes causas, representando un promedio mensual del 9.14%.

En otros países la depresión comprende de un 10 al 25% en mujeres y en los hombres del 5 al 12% constituyendo un 25% de consultas médicas en general y hasta un 60% de los pacientes vistos por médicos psiquiatras. En Estados Unidos la depresión se ha convertido en una de las enfermedades más comunes, que llega a afectar cada año a una décima parte de los adultos en edad productiva.

En Alemania los trastornos depresivos son responsables del 7% de las jubilaciones prematuras y la incapacidad laboral por motivos relacionados con la depresión. En Finlandia más del 50% de los trabajadores sufren algún tipo de síntomas depresivos; son los trastornos de salud mental las principales causas de pensiones e incapacidad. En el Reino Unido uno de cada 20 británicos está padeciendo una depresión importante. Polonia un número creciente de personas que están recibiendo asistencia sanitaria mental son especialmente individuos aquejados por trastornos depresivos.

En El Salvador, en el año 2005 los reportes indican que la frecuencia de la consulta psicológica y psiquiátrica a aumentado; en el hospital psiquiátrico consultas de este tipo tuvo 920 casos.

En el Seguro Social existe una recopilación de este problema de salud el cual se presenta a continuación:

La frecuencia de consultas psiquiátricas y psicológicas el año pasado fue de 106 casos y durante el 2006 al menos 1989 casos; según los galenos de esta institución estiman que es la cuarta causa de incapacidad y mortalidad; si no se hace nada por detener este mal para el 2020 pasará a ser la segunda causa. En el primer trimestre del 2007 se han reportado 416 consultas con psicólogos y psiquiatras.

En la ciudad de San Miguel no existe una base de datos donde se lleva un control de la parálisis facial relacionado con trastornos depresivos.

El centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) se inauguró el 13 de julio de 1987 e inició oficialmente sus actividades el 1º de septiembre del mismo año; a partir de 1988 se incorporó al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos brindando servicios Integrales y especializados a todas las personas con discapacidad física y/o mental que habitan en la Zona Oriental del país dando cobertura anual a 3,600 usuarios. Está ubicado al costado norte del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel.

Entre los servicios que presta el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente podemos mencionar:

a) Consulta externa: Medicina General, Especialidades Médicas, Ortopedia, Pediatría, Psiquiatría y Odontología.

b) Áreas Técnicas: Áreas de Terapia Educativa, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje, Educación Física Adaptada.

c) Áreas de Apoyo: Psicología, Trabajo Social, Prótesis y Ortesis, Rehabilitación Profesional y Unidad Móvil.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

El problema de investigación se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuál es la efectividad de la Terapia Ocupacional en pacientes con parálisis facial que presentan trastornos depresivos de ambos sexos entre las edades de 15 a 80 años en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente?

1.3 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la efectividad de la terapia ocupacional en pacientes con parálisis facial que presentan trastornos depresivos de ambos sexos entre las edades de 15 a 80 años atendidos en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar las características demográficas según edad y sexo de los pacientes que adolecen de parálisis facial y trastornos depresivos.

Determinar la ocupación de los pacientes que adolecen de parálisis facial y trastornos depresivos.

Identificar las enfermedades asociadas a la parálisis facial y trastornos depresivos de los pacientes objeto de estudio.

Determinar el estado emocional inicial y final antes y después del tratamiento en pacientes con parálisis facial y trastornos depresivos.

Clasificar los trastornos depresivos según escala de Montgomery Arberg.

Demostrar la efectividad de la terapia ocupacional en pacientes con parálisis facial y trastornos depresivos.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

2.1 BASE TEÓRICA

“Desde que en el año 1830 Sir Charles Bell describió un cuadro clínico en el que existía debilidad unilateral de la cara por disfunción del nervio facial, se han propuesto múltiples teorías para su explicación todos ellos se han interesados conocer primero el agente etiológico que la producen y, segundo, sus mecanismos fisiopatogénicos.”² /

A partir del conocimiento de ambos indicadores se pretende plantear un tratamiento coherente, predecir y explicar en la medida de lo posible, los distintos modos de la evolución de la enfermedad.

El gran interés que suscita la parálisis facial de Bell viene dado por dos razones principales: su frecuencia y el gran impacto psicológico y social que supone al sujeto que la padece. Debido a la distorsión estética que ocasiona, puede generar alteraciones psíquicas tanto transitorias como permanentes producidas por la reactivación de ciertos conflictos psicológicos latentes.

²/ J.I. De Diego, Ob.Cit. Pág. 1055

2.1.1 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA NERVIOS FACIALES

El nervio facial es un nervio mixto principalmente motor y doble de la cara, estas fibras del núcleo motor del VII par situado en la porción caudal del puente se doblan alrededor del núcleo del VI par y abandonan el cráneo a través de la porción petrosa del temporal. Estas fibras inervan al músculo del estribo en el oído medio, a la musculatura superficial de la cara y cuero cabelludo, al cutáneo del cuello, al vientre posterior del digástrico y al músculo estilohioideo (Ver Anexo No. 3).

Las fibras sensitivas nacen de células unipolares en el ganglio geniculado. Las ramas periféricas llevan las sensaciones gustativas de los dos tercios anteriores de la lengua a través del nervio lingual y cuerda del tímpano y las sensaciones de la glándula parótida a través del ganglio ótico y el nervio geniculotimpánico.

El trayecto del nervio facial permite diferenciarlo en sus zonas anatómicas; así el VII par en su origen nuclear tiene relación con el VI par, en su trayecto hacia el meato auditivo interno, va ligado estrechamente al VII par craneal, dentro del conducto de Falopio se relacionan en el ganglio geniculado y proporciona sus ramas petrosas dirigida a la inervación de las glándulas lagrimales; más distalmente inerva al músculo estapedio y la cuerda del tímpano, este último lleva información a las glándulas salivales, sublinguales y

recoge información gustativa nivel lingual (Ver Anexo No. 4).

Por fuera del cráneo (sin darle inervación) con la glándula parótida y proporciona sus ramas terminales a los músculos faciales y suprahioides; cada una de las zonas anatómicas mencionadas presentan diferentes clínicas comprobables, lo que permite al examinado reconocer la zona anatómica de lesión ante una parálisis facial periférica y al mismo tiempo orientarle a la posible etiología; la cual deberá estudiarse de manera sistemática para descartarla o confirmarla, porque el diagnóstico de la parálisis facial periférica idiopática deberá llegarse estrictamente por exclusión (Ver Anexo No. 5).

2.1.2 DEFINICIÓN, CAUSAS, SÍNTOMAS Y TIPOS DE PARÁLISIS FACIAL.

Parálisis facial es la lesión o enfermedad del nervio facial, la cual puede ocurrir en cualquier parte de su trayecto. Según la gravedad del daño puede afectarse todo o parte del nervio.

Causas Evidentes

Generales: Traumatismos: sobre todo las fracturas del peñasco y las

fracturas de la base del cráneo. Consecuencia de intervenciones quirúrgicas, operaciones de mastoiditis (vaseamiento petromastoideo) o intervenciones quirúrgicas tales como ablación del cáncer de parótida, o intervenciones sobre la articulación temporomaxilar (anquilosis, prognatismos).

Regionales: Pueden observarse parálisis faciales espontáneas, por ejemplo en las enfermedades de las Mastoides o del Peñasco, (otitis, otorrea crónica, osteítis necrosante), estas lesiones provocan habitualmente una parálisis definitiva.

Locales: Corresponde mencionar a la parálisis facial de origen dentario. Pueden ser irritaciones dentarias subagudas o crónicas (accidentes de evolución del tercer molar, artritis crónicas). O accidentes más agudos (pulpitis, extracciones o anestesia regional).

También se debe a una infección viral entre ellos el virus del Herpes simple en menor número de casos la parálisis facial periférica tiene otras causas que incluye: lesiones durante el parto por uso de fórceps, ageneia del VII par, hemorragias bulbotuberenciales, tumores del ángulo pontocerebeloso, puede verse involucrado en la cirugía auditiva, mastoiditis y otitis, infección por herpes zoster, trastornos metabólicos como diabetes Mellitus, cirugía facial, así como se puede ver asociada a hipertensión arterial sistémica y embarazo. Generalmente

la parálisis facial se presenta de forma unilateral, sin embargo puede presentarse como afección bilateral como en el síndrome de Guillain-Barré en la enfermedad de Lyme, en encefalitis, síndrome de Miller Fisher en asociación con hipertensión intracraneana, ha sido reportada en la enfermedad de Hansen, Sífilis, Sarcoidosis, Esclerosis múltiple, síndrome de inmunodeficiencia (HIV), lupus eritematoso sistémico, meningitis y la propia parálisis de Bell.

Parálisis facial a frigore todos estos nombres significan lo mismo que existe una parálisis del nervio facial de la que no se sabe como se ha producido, se dan dos tipos: Lesión por la mala circulación de la sangre al nervio facial y Afección directa al nervio facial producida al virus.

Síntomas de la Parálisis Facial

Ausencia de movilidad voluntaria de los músculos de la mitad de la cara, del lado derecho o del lado izquierdo, observándose esa mitad de la cara flácida, sin arrugas o surcos, dificultad al cerrar el ojo, desviación de la boca hacia el lado y hacia abajo de la mitad de la cara afectada.

Dolor en el oído cuando se produce un ruido fuerte; ausencia de sensibilidad del conducto del oído del lado afectado, de lágrimas, de saliva en la mitad de la boca afectada, del gusto en la parte anterior de la lengua, en la mitad

de la cara que esta paralizada.

Los síntomas, a veces no se presentan con la misma intensidad, ya que la parte de la frente, por ejemplo, suele tener fibras nerviosas que provienen del nervio facial sano de la otra mitad del rostro, y suplen en parte la función del lado de la parálisis; así mismo la parte de abajo puede tener fibras cruzadas entre uno y otro lado de la cara. Además los síntomas dependen de la mayor o menor extensión del nervio que se halla afectada, y dependiendo de ello algunos síntomas no aparecen.

Al efectuar los movimientos se evidencia más fácilmente la asimetría facial comprobándose que existen trastornos funcionales (Ver Anexo No. 6). Es clásico solicitar al enfermo que silbe y sople, estos actos se tornan imposibles a causa de la inoclusión bucal debido a la parálisis del orbicular de los labios, se pide al paciente que se ría el lado enfermo permanece completamente inmóvil.

La palabra puede resultar modificada, algunos actos como la masticación se hallan dificultados también, los alimentos pueden venir a acumularse en el vestíbulo lineal del lado paralizado, la succión es imposible de ese mismo lado.

Cuando se pide al enfermo que saque la lengua, esta puede desviarse hacia el lado sano pero es un signo inconstante, en realidad, la forma del orificio

bucal en la apertura es normal, y en lugar de tener su curva habitual se abre con mayor amplitud en el lado sano determinado la apariencia de una desviación de la lengua, que por otra parte puede realmente existir en ciertos casos cuando están afectados los músculos linguales.

En la forma periférica los trastornos sensitivos, tróficos; generalmente no se encuentran en el primer estadio sino tardíamente o en forma graves, como atrofia muscular y aspecto luciente de la cara.

Incidencia de la parálisis facial anual en España viene a ser aproximadamente 24.1 por cada 100,000 habitantes con un descenso en los meses de verano, en otras partes del mundo el número anual de nuevos casos, varia enormemente oscilando entre 11.5 y 40.2 por cada 100,000, debido a la distorsión estética, puede generar alteraciones psíquicas, transitorias como permanentes, producidas por la reactivación de ciertos conflictos psicológicos constantes.

Tipos de Parálisis Facial

Parálisis Facial Central: Provocada por lesiones supranucleares de diversas etiologías. Se traducen por una parálisis de la musculatura facial inferior, unilateral, con conservación del territorio facial superior; el reflejo

corneano se encuentra normal y no hay alteraciones del gusto. Obedece fundamentalmente a lesiones de etiología vascular de la vía piramidal desde la corteza hasta el núcleo de origen, también se reconocen en patologías infecciosas, tumorales o degenerativas, accidentes vasculares encefálicos, hemorragias, trombosis entre otras causas.

En estos casos se compromete sólo la musculatura peribucal ya que la musculatura de la frente y del orbicular de los párpados recibe inervación de ambos lóbulos frontales. De este modo, el paciente puede levantar las cejas, cerrar los ojos, pero la comisura bucal se desvía hacia el lado sano.

A la parálisis del facial se une (en el mismo lado del facial paralizado) una hemiplejía o monoplejía, ya que la lesión afecta a todas las fibras del haz piramidal antes de cruzarse.

Lesión en la Senda Corticobulbar (Tipo Supranuclear de la Parálisis Facial) Una lesión en esta senda produce un tipo de parálisis facial central voluntaria. El paciente usualmente tiene una hemiparecia debido la participación asociada de el tracto corticoespinal. Las lesiones grandes en la masa frontal comprimen posteriormente en el área facial del nervio de la cara.

Una lesión hemisférica dominante puede estar asociada con un lenguaje

expresivo deteriorado de un área de participación de Broca.

Lesión Profunda en el Lóbulo Frontal: Una lesión implicando los ganglios basales o talamos o sus conexiones con el lóbulo frontal producen un tipo de parálisis facial emocional o mimética. En este tipo, la parálisis del ángulo de la boca es más evidente durante las expresiones involuntarias emocionales tales como al reír o llorar, pero desaparece durante los movimientos voluntarios.

Por lo tanto el paciente puede rápidamente retraer o encoger los labios para mostrar los dientes o soplar las mejillas al ordenarle, pero cuando el paciente se ríe se observa y es evidente la parálisis facial. Este fenómeno se piensa que se da debido a la pérdida del control involuntario de los movimientos faciales a través de las conexiones desde las estructuras basales ganglionicas hasta el núcleo facial.

Parálisis Facial Intranuclear: Lesión del ángulo Cerebelo pontino la lesión más común en este lugar en una neurona acústica. Aunque la comprensión del nervio facial entre el canal auditivo ocurre tempranamente, la parálisis facial pocas veces ocurre en la etapa temprana del crecimiento de tumores.

El paciente presenta sordera y tinitus (especialmente pérdida de palabra). Clínicamente la parálisis facial observable ocurre tardíamente. Puede,

haber evidencia de la participación de los nervios intermedios con deterioro del gusto en las dos terceras partes de la lengua y una disminución en la secreción de las lágrimas. En las etapas posteriores, se presenta evidencia en el quinto nervio ipsilateral y un deterioro hemisférico cerebelar.

Parálisis Facial Periférica

“Es producida por lesiones que afectan el núcleo de origen o el trayecto periférico o intranuclear del nervio, la mayoría de los casos es de etiología desconocida y se ha denominado parálisis o frigore por haberse imputado como causa el enfriamiento; se cree que una alteración periostica del acueducto de falopio causaría compresión del nervio a su paso por el mismo, también se han mencionado causas alérgicas y víricas sin haber podido comprobarlos”³ /

En ciertos casos hay claros factores etiológicos como son traumatismo de la base del cráneo especialmente los que produce fractura del peñasco, tumores de la base del cráneo, particularmente del ángulo pontocerebeloso, meningitis de la base (tuberculosa o de otro origen), hemorragia meníngeas, lesiones ,el oído medio, otitis media aguda o crónica, infiltrados leucémicos enfermedades infecciosas; tétanos, diabetes traumatismos obstétricos (por ejemplo en el recién nacido se lesiona el nervio facial con el fórceps),

³/ Cossio Pedro. Medicina Interna, Pág. 1142

polirradiculoneuritis de Guillain - Barré.

Lesión en el Puente (Tipo Nuclear de la parálisis Facial); puente: Es una rama de los tejidos nerviosos en el cerebro; que afecta el núcleo del nervio facial, el cual produce una parálisis facial periférica ipsilateral exterior. Esto es frecuentemente asociado con la parálisis ipsilateral abducentes y hemiplejía contra lateral.

Lesión en la Región del Ganglio Genuculado: Hay una parálisis facial de tipo periférico, pérdida ipsilateral del gusto en las dos terceras partes de la lengua, una disminución del lagrimeo en el ojo e hiperacusia.

El Síndrome de Ramsay Hunt (neuralgia genuculado) se caracteriza por erupciones de herpes en el tambor del oído y en oído externo y dolor en el oído, este síndrome se piensa que resulta de la infección del herpes de Zoster del ganglio genuculado.

Lesión Distal en el Ganglio Genuculado pero Próximo al Origen del Nervio Estapedio: Hay un tipo de parálisis facial periférica, con pérdida ipsilateral del gusto en las dos terceras partes de la lengua, y salivación reducida en el lado afectado.

Lesión en el Canal Facial a la Rama de la Cuerda Timpánica: Hay un tipo de parálisis Facial periférica sin deterioro de lagrimeo, oído o gusto.

Lesión en Glándula Parótida o en el Rostro: Las lesiones en estas partes pueden afectar selectivamente las ramas periféricas del nervio facial con parálisis facial incompleta por compromiso autonómico.

"Las parálisis por lesión nuclear tienen como causa: enfermedad de Heine-Medin, encefalitis epidémica reblandecimientos protuberanciales, esclerosis lateral amiotrófica." ^{4/}

La forma más común que es la denominada parálisis o frigore, tiene un comienzo brusco sorprendiendo al paciente con la instalación de una asimetría facial más evidente cuando intenta reír o mostrar los dientes y dificultad para hablar, comer, silbar, o soplar. En los días anteriores pudo haber algunas manifestaciones parestésicas como molestias vagas alrededor de la oreja en el examen se nota que la cara aparece con el lado no paralizado más liso y amplio y como desviado hacia el lado sano.

"Al investigar los movimientos de la cara se nota que en el lado paralizado no puede arrugar la frente, no puede cerrar el ojo, quedando con la abertura

^{4/} Ibidem Pág. 114

palpebral permanente (lagofthalmía) y acompañada de lagrimeo o epifora”^{5/} (Ver Anexo No. 7).

Al solicitar al paciente que cierre los ojos se observa que el globo ocular del lado paralizado se dirige hacia arriba y adentro (signo de BELL) e invitando a mirar hacia arriba, el globo ocular de ese lado se eleva más que el del lado sano (signos de negro). La comisura bucal está desviada hacia el lado sano y más elevado de este lado, la desviación se ve acentuada al comer, al reír o al hablar. Al abrir la boca esta adquiere una configuración oval, más ancho del lado no paralizado (signo de pitres), se invita a desviar la boca lo hace en grado mucho menor o no puede hacerlo en el lado paralizado con respecto al sano.

La parálisis del buccinador le impide soplar y silbar, al pedirle al paciente que abra con fuerza la boca a la vez que nos oponemos con nuestra mano a ello no se produce la contracción del músculo cutáneo del cuello en el lado paralizado. (Ver Anexo No. 8).

Ciertas manifestaciones dependen del nivel a que ha sido afectado del nervio, por ejemplo cuando es lesionado en la porción intrapetrosa hay trastornos del gusto y de la secreción salival; los primeros consisten en hipogenia o agenesia de los dos tercios anteriores de la lengua, y los segundos

^{5/} Ibidem Pág. 116

en disminución de la saliva en el lado paralizado; estas manifestaciones depende del compromiso de la cuerda del tímpano y por otra parte el del nervio del músculo del estribo determina una sensibilidad anormal a los sonidos o ruidos fuertes que producen en el paciente una impresión desagradable y también una exageración de la agudeza auditiva para los sonidos graves (hiperacusia).

Los reflejos en cuya vía interviene el facial como el superficial, el nasopalpebral y el corneoconjuntival se encuentran abolidos. Las reacciones eléctricas tienen sobre todo importancia en el pronóstico pues en las parálisis serias hay reacción de degeneración precoz; en las parálisis de gravedad mediana hay esbozo de la reacción de degeneración y en las benignas no hay reacción de degeneración y se conserva la contractibilidad farádica.

Evolución de la Parálisis Facial

"Es variable; puede curarse de 2 a 3 semanas (forma leve) en unas seis semanas (forma moderada) o persistir varios meses y quedar con secuelas como contractura de los músculos paralizados que hace de aquellos; contracciones clónicas aislados (tic facial); movimientos asociados particulares de modo que el enfermo cierre un *ojo* y se produce una notable desviación de la comisura bucal; también puede observarse en varias ocasiones que los

músculos faciales que reaccionan normalmente en el electro diagnóstico no se mueven cuando el enfermo procura su contracción." ^{6/}.

Pronostico de la Parálisis Facial

Depende de la causa; cuando se trata de tumores de la base de cráneo o de caries del peñasco es casi siempre incurable. En las lesiones del oído medio esta en relación con la curabilidad de las mismas.

"Es útil la electromiografía o el electro diagnóstico que debe hacerse a las dos semanas de iniciada la parálisis para tener una idea aproximada del pronóstico; así se halla una excitabilidad normal la marcha será favorable; si hay reacción, la curación no se realiza antes de los 3 meses y pueden quedar secuelas."^{7/}

Parálisis Facial Bilateral

También denominada diplejía facial, se debe al compromiso de ambos nervios faciales, sea por una meningitis de la base, por una afección bulbar o por polineuritis. La cara aparece inmóvil sin expresión con la boca y los ojos abiertos, escurriéndose por ellos las lágrimas y la saliva; espasmos en el lugar paralizado

^{6/} Ibidem. Pág. 114

^{7/} Cossio, Pedro. Medicina Interna. Pág. 1143

los músculos que inerva el facial, pueden presentar un estado de contractura permanente o transitoria. Este último caso se produce en forma de crisis. "En unos casos su causa es desconocida aunque puede hallarse una reacción irritativa de vecindad por otitis o caries dentarias; en otros casos es consecutivo a la parálisis facial". ^{8/}

Generalmente, la crisis espasmódica comienza por el orbicular de los párpados, produciendo el cierre del ojo, un aumento de los surcos de la frente y desviación de nariz y boca hacia el lado enfermo. A veces queda delimitado el orbicular de los párpados (blefarospasmo).

Método de Diagnostico

Examen; la constatación de toda parálisis facial debe tener una evaluación completa por la parte del ORL.

La parálisis facial periférica es en regla evidente; ella se manifiesta al reposo y a la mímica, los movimientos voluntarios acentúan la asimetría, tienen limitación al cerrar el ojo, de avanzar los labios, de silbar.

Numerosos signos producen la lesión: signo de Bell, signo del cutáneo de Babinski; abolición de reflejos naso, óptico y cocleopalpebral.

^{8/} Ibidem, Pág. 1145

Es necesario investigar una hipoestesia de la concha del pabellón, disminución de secreciones lagrimales, pérdida de la sensibilidad gustativa; se investigará lesiones cutáneas a nivel del peñasco, vesícula zosteriana sobre la concha del pabellón, etcétera, examen del tímpano y determinar alguna nasal, faringea; el examen se terminará por una evaluación minuciosa de pares craneales y de sistemas piramidal y extra piramidal.

Examen Paraclínico; función motora: Capacidad para sonreír, silbar, etc. La exploración eléctrica del nervio y músculos faciales.

Reflejos: Deben ser explorados los reflejos conjuntival, corneal y parpebral. Función sensitiva: El gusto se explora como sigue: Dulce, con azúcar, agrio, con ácido cítrico; amargo, con química y salado, con sal.

Estudio topográficos funcional del nervio facial; numerosos test permiten localizar el nivel de la lesión del facial y deben ser practicados precozmente; el más interesante el test de Schirmer, si este es normal la lesión del nervio facial está situado por debajo del ganglio geniculado. El test de gustometría es para determinar la degustación de los dos tercios anteriores de la lengua, un problema de la misma afirma una lesión a nivel o encima de la tercera porción del canal de Falopio. El reflejo estapediano examina el funcionamiento del músculo del estribo, cuando este está abolido afirma una lesión a nivel de la

tercera porción. El examen funcional reposa en el electrodiagnóstico el mismo que debe ser practicado.

Se utiliza precozmente la electromiografía a la aguja con estimulación. Actualmente se recurre a electroneuronografía, sus resultados más fiables para un pronóstico son dados del quinto a décimo día y especialmente del quinto a séptimo día. Una caída brusca de la excitabilidad demuestra una denervación rápida y un pronóstico alarmante.

2.1.3 TRATAMIENTOS DE LA PARÁLISIS FACIAL

Tratamiento: Tres terapéuticas son activas, el tratamiento médico, la reeducación funcional y la cirugía. Ellos pueden ser utilizados o asociados según las circunstancias clínicas de la lesión facial.

Tratamiento Médico: Antiinflamatorios tipo corticoides, dosis 1mg/Kg/día, la vía intravenosa de preferencia, luego la vía oral, su uso debe ser precoz. Antivirales, aciclovir, puede ser utilizado por la vía oral, su uso debe ser precoz. También pueden ser utilizado por vía intravenosa para obtener altas concentraciones sericas y titulares, de 15 a 30mg / por cada día que es bien absorbido y convertido en aciclovir por el metabolismo intestinal y hepático.

Vasodilatores; se puede utilizar al inicio la vía intravenosa y luego la vía oral.

Vitaminoterapia B; se busca utilizar su acción neurotrófica administrando dosis alta.

Tratamiento de Fisioterapia; la reeducación funcional es muy útil y debe ser instaurada lo más pronto posible, ella mantiene un buen tono muscular y favorece la recuperación funcional.

Una sesión comprende; calor (infrarrojo a 1m. con protección ocular con gasa húmeda. Masaje tipo drenaje linfático, reeducación muscular frente a espejo.

Tratamiento Quirúrgico; será orientado por la localización de la lesión sobre el trayecto del nervio facial.

Abordaje neuroquirúrgico; de la fosa posterior para los grandes neurinomas del acústico, o los meningiomas de la fosa posterior, abordaje de la parótida y de la cara para los tumores mixtos, abordaje del peñasco para las parálisis faciales post-traumáticas.

Las técnicas microquirúrgicas actuales permiten realizar una descompresión de las tres porciones del nervio liberando una compresión intraósea o intravenosa, así como anastomosis termino terminal en caso de sección del mismo.

2.1.4 LA DEPRESIÓN

Es propio del humano padecer de los excesos de sus pasiones. A lo largo de la historia constatamos a través de los escritos, de las obras de arte, las manifestaciones excesivas del odio, de los celos, del miedo, del amor y de ese displacer interno que llamamos melancolías, pena, tristezas, depresión. La búsqueda del término que nombrará a ese estado del alma tiene su historia.

Los griegos en el siglo IV antes de Cristo, Hipócrates mencionaba que el miedo y la tristeza se prolongan es melancolía, entre otras formas de mencionarla tenemos: Lo negro, lo agrio, lo pesado, triste.

El modelo imperante del pensamiento griego influyó por más de 2,000 años estaba aferrada a las variaciones hereditarias que afrontaban a las diferentes noxas. Los individuos estaban constituidos por el equilibrio entre cuatro humores; sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema.

El fuerte desequilibrio de algunos de ellos era la génesis de la aparición de distintas enfermedades; el leve predominio del humor sobre las otras predeterminaba un temperamento.

La palabra depresión deriva del latín “de” y “premere” (apretar, oprimir) y “deprimere” (empujar hacia abajo) se uso en Inglaterra en el siglo XVII.

Adolfo Meyer, propuso eliminar el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión. En 1863, el diagnóstico de Ciclotimia fue usado por Kahlbaum que significa variaciones de las fases depresivas y maniacas.

Definición de la Depresión

La depresión (del latín “depreseeus”, que significa “abatido”, “derribado”) es un estado de abatimiento e infelicidad, que es transitorio o permanente.

En la mayoría de los casos el paciente describe su estado y así lo ven los demás como derribados, socavados en su potencialidad, debilitada su base de sustentación afectiva, desplazado su eje de acción usual, desgano, hipoergico. Es uno de los más importantes depredadores de la felicidad humana, sinónimos que la describen triste, apenado y bajoneado. Estado de ánimo triste, ansioso o “vacío” en forma persistente; sentimientos de

desesperanza, pesimismo, culpa, inutilidad y desamparo. Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban; incluyendo la actividad sexual. Disminución de la energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar en “cámara lenta”. Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones, insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta y aumento de peso. Pensamiento de muerte o suicidio, o intento de suicidio, inquietud e irritabilidad.

Causas de la Depresión

Biológicas: Cuando se presentan antecedentes familiares de depresión existe el riesgo de que se desarrolle este trastorno. Lo cual indica que es posible heredar cierta susceptibilidad biológica. Este riesgo puede ser algo mayor en el caso de las personas que padecen de depresión bipolar sin embargo no todas las personas presentan susceptibilidad genética desarrollan dicha enfermedad. Aparentemente existen otros factores (posiblemente la tensión del medio ambiente y otros factores biológicos) que pueden dar lugar al inicio de una depresión.

Aunque la depresión mayor puede presentarse, de generación en generación, en algunas familias también puede presentarse en personas que no tienen antecedentes familiares de depresión. Independientemente de que la

enfermedad sea o no hereditaria es evidentemente de que las personas que padecen una depresión mayor presentan con frecuencia y cuadro neuroquímico muy alto o muy bajo.

Psicológicas: La composición psicológica de la persona también desempeña un papel importante en la susceptibilidad de la depresión. Son propensas a la depresión; las personas que tienen un bajo nivel de autoestima que continuamente se juzgan a si mismo o al mundo con pesimismo y se dejan abatir por la atención. En las siguientes situaciones o circunstancias tales como una pérdida importante, una enfermedad crónica, una relación problemática, los problemas financieros o cualquier cambio indeseable en la forma de vivir pueden también provocar un episodio depresivo.

Ambientales: En las áreas urbanas la población se ve más afectada por la inseguridad que presenta su entorno; como la violencia delictiva e intrafamiliar, contaminación ambiental, hacinamiento, el consumo de alcohol, la drogadicción y el desarrollo urbano industrializado. Frecuentemente al iniciar un trastorno depresivo se combinan los factores genéticos, psicológicos y ambientales.

Signos y Síntomas de La Depresión

Síntomas físicos persistentes: Que no responden al tratamiento

médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos, ritmos cardíacos, sensación de pérdida de control de algunas partes del cuerpo, dolor en el cuello, espalda, problemas para dormir, angustia, temor, persecución y otros dolores crónicos.

Tristeza patológica: Cuando la tristeza normal alcanza un nivel que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social, en lo familiar y lo sexual. Pierde el placer de vivir; el 15% de los deprimidos.

Desgano y anhedonia: El sujeto se torna apático, no tiene deseos de nada (ni siquiera de vivir) y nada le produce placer.

Ansiedad: Acompañante habitual del deprimido que experimenta una extraña desazón, como un trastorno constante.

Incidencias de La Depresión

El riesgo de sufrir un episodio depresivo a lo largo de la vida es de 12 al 25% en mujeres y del 6 al 12% en los hombres (relación 2-1).

La máxima frecuencia ocurre entre los 30 años y 70 años de edad y es más común entre los solteros, separados divorciados y viudos.

Las depresiones constituyen hasta el 25 % de las consultas de medicina general y hasta el 60% de los pacientes vistos por el psiquiatra.

El 15% de las depresiones graves terminan en suicidio y hasta el 70% de los suicidios visitan los centros de salud días antes de cometer el acto.

El 50% de los deprimidos recaen tras el primer episodio depresivo, el 70% recaen después del segundo episodio y el 90 % recaen después del tercer episodio.

Métodos de Diagnóstico de La Depresión

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste: En un examen médico, una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa de cuando comenzaron los síntomas, cuanto han durado, que tan serios son, si el paciente los a presentado antes; el medico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y que tratamiento se dio, también debe preguntar por el uso del alcohol, drogas y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio.

Una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones del habla, pensamiento o memoria sean afectados. El

médico debe realizar una situación psicológica o dirigir al paciente a un siquiatra o psicólogo. Además puede auxiliarse con exámenes radiológicos.

Pronostico de La Depresión

La depresión puede tener varios destinos: Remitir hacia la curación, evolucionar hacia la cronicidad, con una recuperación parcial o queda como depresión “residual”, puede terminar en suicidio.

Clasificación de La Depresión

Episodio depresivo leve; los síntomas provocan solo una ligera incapacidad laboral o en las actividades sociales habituales (en las relaciones con los demás).

Episodio depresivo moderado; los síntomas de incapacidad funcional entre leves y graves.

Episodio depresivo grave; los síntomas interfieren notablemente con las actividades laborales o sociales habituales y en las relaciones con los demás. Pueden estar presente incluso ideas delirantes o alucinación.

Otras formas de clasificarlas:

- a) Según el tono psicomotor; depresión inhibida o agitada.
- b) Según el supuesto etimológico; depresión reactiva o endógena.
- c) Según su patogenia; depresión primaria o secundaria.
- d) Según su psicopatología; depresión neurótica o psicótica.
- e) Según su forma clínica; depresión unipolar o bipolar.
- f) La depresión técnicamente puede ser un tipo de humor, un síndrome, una enfermedad.

Escala de la Depresión de Montgomery - Asberg

Análisis: Consta de 10 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad de la depresión.

- Puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6. La escala proporciona criterios operativos para las puntuaciones pares (0, 2, 4, 6) para asignar la puntuación puede utilizar información de fuentes distintas al paciente.

- Presenta la ventaja de no estar contaminada por ítem que evalúan ansiedad, aunque siguen manteniendo varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su administración en pacientes físicos. (Ver Anexo No. 11).

Interpretación de La Escala de La Depresión

Proporciona una puntuación global que se obtiene sumando la puntuación asignada en cada uno de los 10 ítems. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 60 puntos, los puntos de corte recomendados son los siguientes: 0 a 6; no depresión, 7 a 19; depresión menor, de 20 a 34; depresión moderada, de 35 a 60; depresión grave.

2.1.5 TERAPIA OCUPACIONAL

En los años 660 antes de Cristo se remonta la historia de la terapia ocupacional, donde se dice que Esculapio calmaba los delirios con canciones, relatos y música, en cambio Hefesto que sufrió maltratos y repudio por su madre fue rescatado por Tetis y Eurinome, proporcionándole el material necesario para elaborar trabajos manuales de habilidades, integrándolo con ello a una ocupación lucrativa.

En el periodo de la mitología y la magia sobrevino el de la experimentación científica hasta los 1200 años después de Cristo Pitágoras y Esculapio empleo la música como remedio e Hipócrates subrayando la unión cuerpo y alma en todo tratamiento recomendaba la lucha, montar a caballo y los trabajos manuales los que significaba un ejercicio intenso convertido en profesión.

En la edad media 2550 (después de Cristo) los progresos más relevantes fueron los experimentos de caelius aurelianos neurólogo quien escribió a cerca del tratamiento activo y pasivo de todas las variedades de parálisis y posteriormente los aplico a los enfermos mentales.

En 1930 comenzó a funcionar la primera escuela de terapia ocupacional en Inglaterra Bristol y en Edimburgo en 1951 se creo la federación mundial de terapeutas ocupacionales siendo una disciplina introducida al registro oficial en la ley profesional, auxiliar de la medicina en el año 1960.

En 1962 Mary Reilly dijo “El hombre mediante el uso de sus manos potenciadas por la mente, podrá influir sobre el estado de su propia salud”. En 1917 se estableció la Sociedad Nacional de la Terapia Ocupacional conocida actualmente como Asociación Americana de Terapia Ocupacional, teniendo el objetivo la promoción de la terapia ocupacional como medio terapéutico.

En El Salvador la terapia ocupacional se inicia a partir del 25 de noviembre de 1957 con asesoría extranjera en esta rama. Y en los años 60 se comenzó a dar tratamiento en la ciudad de San Salvador en el Hospital Rosales.

En la zona oriental específicamente en el departamento de San Miguel se inicia la carrera en 1992, y en los años 90 alcanza su mayor auge en El

Salvador porque las instituciones de rehabilitación brindan a los usuarios esta nueva forma de tratamiento e integración a la sociedad brindando nuevas oportunidades para las personas con discapacidad.

Definición de La Terapia Ocupacional

La terapia ocupacional es una disciplina que se realiza por medio de actividades constructivas que tienen como fin la rehabilitación física, psicológica, social y vocacional para integrar o reintegrarlo a la comunidad como un ente productivo.

Objetivo de La Terapia Ocupacional

Mediante las actividades de la vida diaria lograremos aumentar su autoestima y a la vez ayudarlo a superar su adaptación psico social, por su afectación de la estética corporal; para que las relaciones interpersonales mejoren y reformar sus aptitudes, orientándolo a desarrollar actividades recreativas ocupacionales, para integrarlo a un empleo remunerado en el cual incrementará su calidad de vida.

Tratamiento de la Terapia Ocupacional (Ver Anexo No. 9)

- **Actividades de la vida diaria:** cuidados de cabello, maquillaje, cuidado de las uñas, la piel.

- **Alimentarse:** llevar la comida a la boca, chupar, masticar, toser y tragar.

- **Socialización:** de manera apropiada contextualmente y culturalmente.

- **Actividades de trabajo:** manejo del hogar, realizar las compras.

- **Actividades vocacionales:** adquisición de empleo, desempeño del empleo o trabajo.

- **Actividades recreativas:** desempeño del juego.

- **Actividades sociales:** expresión personal, conversación.

2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

ACICLOVIR: Núcleo sedo de puritos aciclico sintético con actividad antivirica, selectiva contra el virus de herpes simple. Utilizado en el tratamiento de las infecciones genitales y mucocutaneas por herpes virus.

AGENECIA: Imposibilidad de engendrar. Desarrollo defectuoso de un órgano.

ANHEDONIA: Perdida total de la sensación del placer al efectuar actos que normalmente lo proporcionan.

ANTIINFLAMATORIO: Sustancia o fármaco que combate la inflamación.

BABINKI: Joseph (1857 – 1932) Neurólogo de origen polaco, especialista en Semiología Neurológica.

BAJONEADO: Apenado, afligido, deprimido cuando ocurre algo negativo o incluso cuando no ha ocurrido nada. Estos bajones que todos sentimos a veces son pasajeros y se alivian con el apoyo de nuestra familia y amigos.

BULBORAQUIDEO: Abultamiento de la medula en su parte superior,

medula oblonga que es el mas bajo de los tres segmentos del tronco del encéfalo. Situase entre el puente y el tronco encefálico o protuberancia anular por arriba y la medula espinal por debajo. Esta separado de la protuberancia anular por el surco protuberencial.

BULBO PROTUBERENCIAL: Tiene su origen aparente, de adentro hacia fuera al nervio motor ocular externo o el VI par craneal, el nervio facial o VII par craneal y el nervio auditivo u VIII par craneal.

COCLEA: Conocida como caracol es una estructura en forma de tubo enrollada en espiral, situada en el oído medio, membrana vacilar se comporta como un “análisis de Faurier” es decir la membrana vacilar varia en grosor y elasticidad.

COCLEO PARPEBRAL: Se dice del reflejo integrado en el tronco cerebral, que consiste en el cierre de los ojos ante un sonido.

CLOCEO VESTIBULAR: Es un examen coclear normal, síntomas periféricos y centrales atribuirles a lesión de la circulación posterior, vertebro-vacilar generalmente súbitos como disección traumática de las arterias vertebrales.

COLESTEOTOMAS: Masa semejante al quiste con revestimiento de epitelio escamoso estratificado generalmente de tipo queratinizante, ocupado por restos exfoliados que suelen incluir colesterol, estos ocurren en la meninge, sistema nervioso central y hueso del cráneo pero mas frecuente en oído medio y región mastoide.

CERVICO: Primera porción de la columna vertebral

DENERVACION: Recepción o extirpación de los nervios de una parte o de un órgano.

DISFUNCIÓN: Alteración de una función orgánica.

DISTALMENTE: De la parte de un miembro más separado de la línea media del organismo. Distorsión la diferencia que entre a un grupo a la señal de salida del mismo, deformación que sufre una señal tras su paso por un sistema. Puede ser lineal o lineal si la distorsión se da en un sistema esta alteración es en forma de circuito que provoca una señal que lo atraviesa por ejemplo esquinse, opt. Aberración

DISTORSION: Alteración que un circuito provoca en una señal que lo atraviesa, esguinse, opt. Aberración.

ELECTROMIOGRAFIA: En el cual el nervio del músculo que se estudia se estimula al aplicar una corriente eléctrica. Es el estudio electrofisiológico del sistema muscular no es una prueba complementaria sino la prolongación de un estudio clínico neurológico.

ELECTRONEUROGRAFIA: Valoración de la rapidez de conducción y la latencia en los nervios periféricos. Prueba electrofisiológica para la exploración del nervio periférico que estudia la amplitud del potencial de acción, compuesto muscular, obtenido tras un estímulo supramáximo de un nervio, expresado en porcentajes respecto al nervio homólogo del otro lado del cuerpo.

ERITEMATOZO: Enrojecimiento congestivo y temporal de la piel que se presentan en procesos inflamatorios locales y en quemaduras de primer grado.

ESTAPEDIO: Pertenece o relativo al estribo. Músculo del estribo.

ESTAPEDIAL: Fisiología del reflejo. En un sujeto normal se consigue la contracción refleja del músculo del estribo estimulando el oído explorado.

EXCLUCION: Eliminación, rechazo o extrusión, dicese de una operación que consiste en separar una porción de un órgano del resto del mismo, pero sin extirparlo del cuerpo.

FARINGEA: Perteneiente o relativo a la faringe. Disfasia oral – faríngea es una secuela común a una gran variedad de enfermedades agudas o crónicas que se incluye accidentes vasculares.

FISIOPATOGENEA: Perteneiente o relativo a las condiciones fisiológicas y patológicas. Dermatitis atópica es una enfermedad caracterizada por lesiones papulo vesiculares y eczemastozas recurrentes crónicas, comezón severa, huellas de rascado y costra.

FRIGORE: Que es afectado fácilmente por el frío.

GENICULADO: Doblado como una rodilla. Dicese del tallo que primero esta tendido y luego levantado verticalmente, como ocurre en las cañas de muchas gramineas.

GUSTOMETRIA: Sensación causada por el contacto de sustancias solubles en la lengua los nervios gustatorios y otros se distinguen cuatro cualidades de gusto; dulce, agrio, salsado y amargo.

HEMICARA: La mitad de la cara.

HIPOERGICO: Reactividad anormal, disminuida. Visera hueva, lo mejor

es no moverle y se cree que toda su felicidad humana ha sido depredada por algún extraño que a dejado sin nada dentro.

HIPOESTESIA: Disminución o torpeza del sentido del tacto. Disminución relativa de la sensibilidad por dos relectores cutáneos como consecuencia de la denervación de las fibras nerviosas

INOCLUCION: Que es transmisible por inoculación. Que no es inmune a una enfermedad transmisible por inoculación.

INTRACRANEA: Dentro del cráneo. Un aumento de la presión intracraneal es un problema medico grave.

INTRAOSEA: Dentro del hueso. Se basa en el hecho de que la cavidad medular de los huesos largos están ocupados por una rica red de capilares sinusoides que drenan un gran seno venoso central.

INTRAPETROZO: Estudio morfométrico del recorrido del nervio facial en adultos y su aplicación en la patogenia de la parálisis facial de Bell.

MEATO: Abertura o paso del cuerpo. El meato uretral u urinario puede ser muy sensible al estímulo sexual.

MELITUS: Síndrome crónico caracterizado por alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y grasas como una secreción insuficiente de insulina o resistencia a la insulina en el tejido.

MENINGIOMA: Tumor duro de crecimiento lento por lo general vascularizado que se produce principalmente a lo largo de los vasos meningeos y del seno longitudinal superior con invasión de dura madre y cráneo.

MICROQUINERGICA: O Microcirugía, técnica de la cirugía reparación de defectos nerviosos mediante a los injertos.

MONOAMINOXIDASA: O Monoaminoxidasa, oxidasa de aminos (IMAO) son agentes mas potentes para el tratamiento de la ansiedad y es el fármaco mas recetado.

NECROSANTE: Que causa necrosis. Infección de tejidos blandos que puede comprometer la piel, tejido graso subcutáneo, las vainas musculares y los músculos, puede producir gangrena, muerte.

NEURINOMA: M. SCHQANOMA. O Neuronilema esta definido por la ONS como un tumor benigno originado en el perineuro que presenta las mismas características morfológicas que los neurilenomas de los tejidos blandos, que se

desarrolla dentro del hueso. A menudo ocurre en la cabeza, en el cuello y las zonas flexoras de las extremidades superiores e inferiores.

NEUROQUIRURGICO: Enfermo crítico que requiere cuidados especializados de enfermería y de su labor depende el reestablecimiento adecuado.

NEUROTROPAS: Dosis elevada de vitoaminoterapia B₆ intensiva. Son atribuidos a su intervención en el metabolismo de los glucidos, lípidos y sobre todo de las proteínas.

NOXAS: Pueden provenir del ambiente físico, químico que están en el agua, sociocultural y biológico. Es todo elemento capaz de producir un desequilibrio en nuestra salud.

PAROTIDA: Situado cerca del oído como la glándula parótida. Produce mayor cantidad de saliva. Es una glándula salival muy voluminosa situada en ambos lados de la cara y en una celda osteofibrosa, dependiendo de la aponeurosis cervical superficial por debajo del conducto auditivo externo, por detrás de la rama ascendente del maxilar inferior y por delante de las apófisis mastoideas y estiloide.

PONTOCEREBELOZO: Espacio situado en la parte posterior de la base del cráneo entre el tronco cerebral y el peñasco.

PSICOPATOLOGIA: Patología de los trastornos mentales, rama de la medicina que se ocupa de las causas y de la naturaleza de la enfermedad mental.

RADIOLOGO: Especialista en el empleo de los rayos X. centro especializado de diagnóstico por imágenes, información para pacientes y eventos.

SERICA: Pertenece o relativo al suero o formado por este. Función secretora renal normal, el nivel de creatinina sérica debe de mantenerse constante y normal.

SEROTONINA: Vaso constrictor encontrado en diversos animales.

SHOK: Cambio de estado- valoraron 10/10

SIALORREA O SIALOSIS: P tialismo. Se produce por la excesiva producción de saliva y esto como consecuencia de estimulación parasimpático.

SUSPETROSO: Suspiro. El amor se vive en suspiros quien no los ha tenido no conoce el amor. Uno nunca sabe los suspiros que puede tener menos por quien los puede tener.

SUPRAHOIDEO: Esta situado por encima del hueso hioides o sobre el. Son los músculos digastricos, esternocleidomastoideos, escaleno, omohioideo innervado por el nervio hipogloso, facial, milohioideo.

TEMPANO MAXILAR: Membrana timpánica unida al maxilar que nace de la cisura de Glasser. La parte anterior esta dividida en dos partes por el ligamento pterigoespinoso.

TERMINAL: Parte Terminal de una cosa o sitio en donde se interrumpe una estructura especialmente de la terminación periférica de un nervio o de una fibra nerviosa.

TROFICOS: Pertenece o relativo a la nutrición y cadenas alimenticias. Los organismos de un ecosistema se agrupan en distintos niveles troficos: productores (autotrofos) consumidores (herbívoros carnívoros, carroñeros) descomponedores y transformadores.

VASEAMIENTO: Salida de lo que estaba contenido en un recipiente.

VASEAMIENTO DE RESIDUOS: Ingeribles, sólidos de gran tamaño efecto de las propiedades nutricionales de líquidos gástricos.

VASEAMIENTO PETROMASTOIDEO: Consecuencia de intervención como la ablación del trigémino.

SIGLAS UTILIZADAS

H.I.V. (Síndrome de Inmuno Deficiencia)

I.S.S.R.S (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotoninas)

I.M.A.O (Inhidores de la Monoaminoxidasa)

CRIOR (Centro de Rehabilitación Integral de Oriente)

CAPÍTULO III
SISTEMA DE HIPOTESIS

3 SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO O DE INVESTIGACIÓN

Hi: La Terapia Ocupacional es efectiva en pacientes con parálisis facial que presentan trastornos depresivos de ambos sexos entre las edades de 15 a 80 años.

3.2 HIPÓTESIS NULA

Ho: La Terapia Ocupacional no es efectiva en pacientes con parálisis facial que presentan trastornos depresivos de ambos sexos entre las edades de 15 a 80 años.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES

| HIPÓTESIS | VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADORES |
|--|--|--|---|---|
| <p>Hi: La Terapia Ocupacional es efectiva en pacientes con parálisis facial que presentan trastornos depresivos de ambos sexos entre las edades de 15 a 80 años.</p> | <p>V₁ = Terapia ocupacional</p> | <p>Es una disciplina que se realiza por medio de actividades constructivas que tienen como fin la rehabilitación física, psicológica, social y vocacional.</p> | <p>Mediante la realización de actividades de la vida diaria; arreglo personal, socialización, recreación y de trabajo</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Cosméticos - Salidas de campo. - Programa de actividades: dinámicas, auto concepto, auto confianza - Actividades sociales - Actividades vocacionales. |
| | <p>V₂ = Parálisis Facial</p> | <p>Es la lesión o enfermedad del nervio facial, la cual puede ocurrir en cualquier parte de su trayecto.</p> | <p>Revisión de expedientes clínicos del usuario con parálisis facial y la observación directa de la secuela</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Expedientes Clínicos - Rayos infrarrojos - Ultrasonido - Electro estimulación - Criomasaaje - Reeducción muscular. |
| | <p>V₃ = Trastornos depresivos</p> | <p>Es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente.</p> | <p>Revisión de expedientes clínicos del paciente con parálisis facial y trastornos depresivos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Expediente - Escala de Montgomery-Asberg |

CAPÍTULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación que se realizó fue el: **Prospectivo** porque ayudó a explorar la información según van ocurriendo los fenómenos en el momento de practicar el tratamiento de las diferentes actividades a los pacientes con parálisis facial que presentaron trastornos depresivos; **descriptivo** determinando como, cuando, donde, quienes representaron el problema, y la frecuencia con que se dio el fenómeno.

4.2 UNIVERSO

Fueron 38 pacientes que asistieron al área de fisioterapia en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

4.3 MUESTRA

La muestra que se seleccionó en la investigación fueron 21 pacientes con diagnóstico de parálisis facial que presentaron trastornos depresivos atendidos en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

4.4 TIPO DE MUESTREO

Se utilizó el no probabilístico intencionado ya que se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes con parálisis facial.
- Presenten trastornos depresivos.
- Edades de 15 a 80 años.
- Ambos sexos.

4.5 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

A) DOCUMENTAL

Bibliográfica: Mediante estas se obtuvo la información necesaria para fundamentar la base teórica del estudio.

Hemerográfica: Enriqueció el conocimiento y mejoró la información sobre el tema.

B) DE CAMPO

La escala de la Depresión de MONTGOMERY- ASBERG con la cual se

obtuvo el grado de depresión que adolecieron los pacientes con parálisis facial.

Guía de observación y hoja de evaluación; a través de esta técnica se obtuvo información de las expresiones faciales, corporales, conductuales y parámetros relacionados con las características y sintomatología de la parálisis facial y trastornos depresivos.

4.6 INSTRUMENTOS

A)- DOCUMENTALES

Fichas Bibliográfica (Libros. Internet, Diccionarios)

Fichas Hemerográficas (Periódico, Revista, Boletín)

B)- DE CAMPO

Escala de la evaluación de la depresión de MONTGOMERY- ASBERG que determinó el grado depresivo del pacientes con parálisis facial. (Ver Anexo No. 9).

Guía de observación y hoja de evaluación inicial y final sirvió para verificar la efectividad del tratamiento (Ver Anexo No. 10).

4.7 PROCEDIMIENTO

El desarrollo de la investigación se hizo en dos etapas:

En la primera etapa; se acentuó en la organización, este contempla la selección del tema a investigar una vez definido y aprobado, se establecieron gestiones con Director del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, con la autorización se procedió a la búsqueda bibliográfica referente al objeto de estudio que sustentó la temática que fue útil para la elaboración del perfil de investigación y sus respectivos borradores, posteriormente se inició la elaboración del protocolo de investigación durante el periodo que comprende los meses de julio y agosto de 2007.

En la segunda etapa correspondió a la ejecución de la investigación, se solicitó autorización al director del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, luego la seleccionaron los paciente con parálisis facial; y la colaboración del médico psiquiatra, mediante la evaluación de la escala Montgomery Asberg para identificar al paciente con las características de la depresión; se procedió a una reunión informativa para los pacientes en la cual se les explicó el plan de trabajo y definir los horarios de tratamiento los cuales fueron los días lunes, miércoles y viernes de 3:00 a 4:00 pm; posteriormente se hizo una evaluación inicial, luego a la aplicación del tratamiento en donde se realizó una serie de actividades (Ver

Anexo No. 11 y 12), como mejorar el autoestima (Ver Anexo No. 13), el estado depresivo, concientización del tratamiento, socialización y recreación (Ver Anexo No. 14 y 15) al final estas se evaluó nuevamente para ver los resultados obtenidos; seguidamente con una reunión de despedida a los pacientes en agradecimiento por su participación y colaboración (Ver Anexo No. 16). Finalizando con la recopilación de la información se continua con a la tabulación, análisis e interpretación de los datos para la elaboración de conclusiones y recomendaciones de la investigación y posteriormente la exposición final de los resultados en el periodo de septiembre a noviembre de 2007.

CAPÍTULO V
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en la investigación de la efectividad de la terapia ocupacional en pacientes con parálisis facial que presentan trastornos depresivos en edades de 15 a 80 años que se realizó en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente en el período de septiembre a noviembre del 2007.

La población de estudio estuvo constituida por pacientes de ambos sexos, de estos la muestra estaba conformada por todos aquellos que presentaron parálisis facial con trastornos depresivos.

Se utilizaron los siguientes instrumentos, la Escala de Montgomery – Asberg y la guía de observación y evaluación de terapia ocupacional para recopilar los datos estadísticos. Se aplicaron al inicio y al final del tratamiento.

Posteriormente se tabularon los datos obtenidos de los instrumentos, utilizados en la investigación, reflejando estos datos en los diferentes cuadros:

Cuadro N° 1: Datos de la población de acuerdo a edad y sexo. Obteniendo el total de la población objeto de estudio, el N° 2 Refleja el tipo de ocupación que desempeñan cada uno de los pacientes; el N° 3: Demuestra la procedencia de

cada paciente dando a conocer el área que más afecta, el N° 4: Presenta las enfermedades asociadas que adolecen estos pacientes, el N° 5: Demuestra el estado anímico de la población antes y después del tratamiento, el N° 6: Se observa el aspecto de estética de cada paciente y como se afecta al adolecer de parálisis facial, el N° 7: Se refleja los resultados de la evaluación de la alimentación y como estuvo afectada, el N° 8: Se evaluó los aspectos de fonación y su afectación en la población en estudio; el N° 9: tristeza aparente; el N° 10: Tristeza expresada; el N° 11: Tensión interior. El N° 12: Sueño reducido; el N° 13: Disminución del apetito; el N° 14: Dificultades de concentración; el N° 15: laxitud; el N° 16: Incapacidad para sentir; el N° 17: Pensamientos pesimistas; el N° 18: Ideación suicida; y el N° 19: Clasificación de la depresión.

Para la obtención de los datos estadísticos fue necesario el uso de la siguiente formula:

$$F = \frac{Fr}{T} \times 100$$

Dónde:

F = Frecuencia Absoluta.

Fr = Frecuencia Relativa.

T = Total de pacientes.

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

CUADRO Nº 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO

| EDADES | SEXO | | | |
|---------|------|-------|----|-------|
| | M | % | F | % |
| 15 – 25 | 0 | 0 | 1 | 4.76 |
| 26 – 35 | 0 | 0 | 1 | 4.76 |
| 36 – 45 | 1 | 4.76 | 2 | 9.52 |
| 46 – 55 | 2 | 9.52 | 5 | 23.80 |
| 56 – 65 | 2 | 9.52 | 4 | 19.04 |
| 66 – 75 | 1 | 4.76 | 2 | 9.52 |
| 76 – 85 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 6 | 28.56 | 15 | 71.4 |

Fuente: Hoja de evaluación.

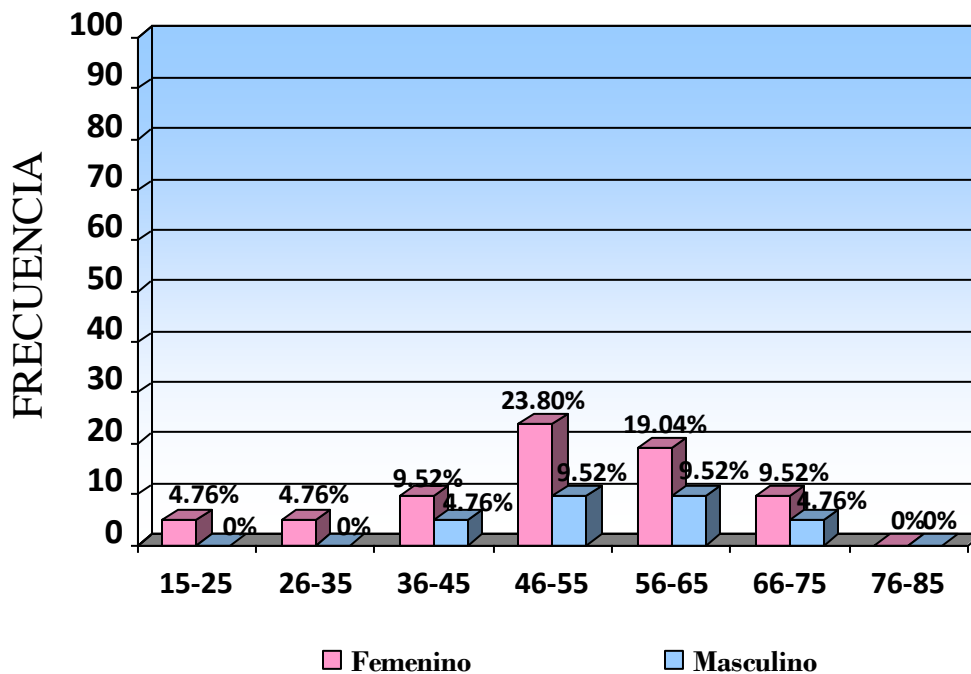
ANÁLISIS: El presente cuadro señala que los pacientes entre las edades de 15 a 35 años del sexo masculino obtuvieron un porcentaje del 0% y en el sexo femenino un porcentaje del 9.52% lo que equivale a dos pacientes, las edades de 36 a 45 años el 4.76% son del sexo masculino y el 9.52% son del sexo femenino, entre las edades de 46 a 55 años el 9.52% de los pacientes fue del sexo masculino y el 23.80% del sexo femenino, en el rango de 56 a 65 años el sexo masculino represento el 9.52% y el sexo femenino el 19.04%, entre las edades de 66 a 75 años el 4.76% correspondió al sexo masculino y el 9.52% correspondió al sexo femenino, finalizando con los de 76 a 85 años con un

porcentaje del 0% para ambos sexos.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo con los resultados obtenidos el mayor porcentaje en este estudio lo representan el sexo femenino, posiblemente debido a que la población según el censo de la dirección general de estadísticas de 1992 es a predominio del sexo femenino, seguido por el sexo masculino, observando que el número mayor de enfermos ocurre en los pacientes de mayor edad que es la población con más riesgo de enfermarse.

GRAFICO DE BARRA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO



Fuente: Cuadro N° 1.

CUADRO N° 2

PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN

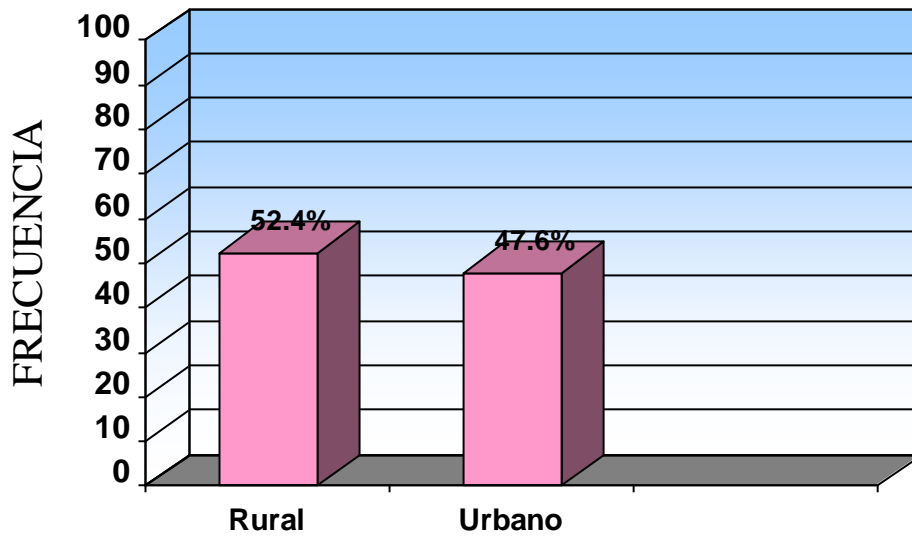
| PROCEDENCIA | FRECUENCIA | % |
|-------------|------------|------|
| Urbano | 10 | 47.6 |
| Rural | 11 | 52.4 |
| Total | 21 | 100 |

Fuente: Guía de observación y evaluación.

ANÁLISIS: se observa en el cuadro anterior que la población en el área urbana representa el 47.6% con 10 pacientes y el área rural el 52.4% con 11 pacientes.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo con el cuadro la diferencia en la procedencia de la población es mínima, resultando ser un poco mayor en el área rural y esto es debido a que la parálisis facial no es una enfermedad específica de un área geográfica en especial y que personas ya sea del área urbana como rural pueden ser afectadas casi por igual.

GRAFICO DE BARRA N° 2
POBLACIÓN SEGÚN PROCEDENCIA



Fuente: Cuadro N° 2

CUADRO N° 3
POBLACIÓN POR OCUPACIÓN

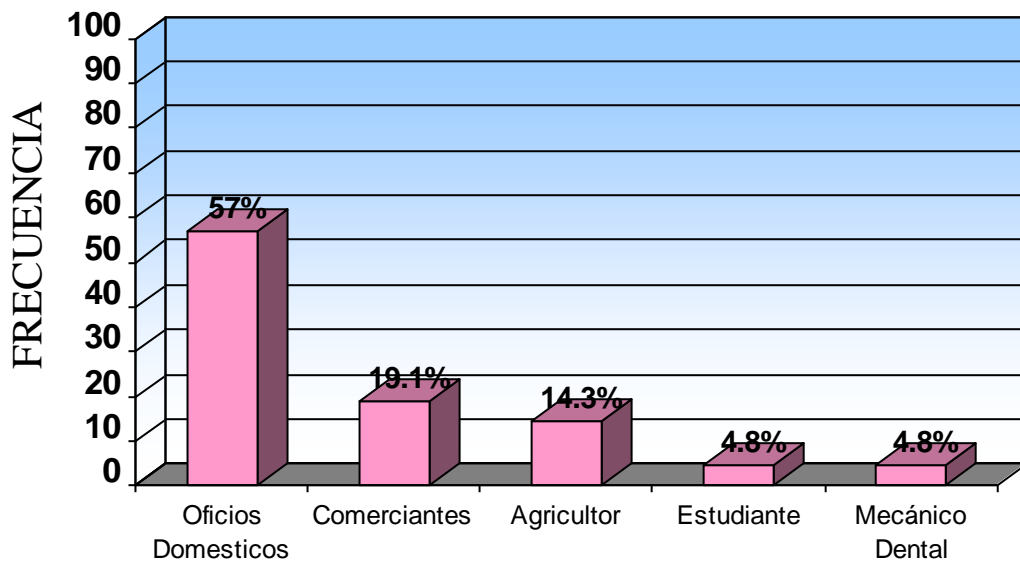
| OCUPACIÓN | FRECUENCIA | % |
|--------------------|-------------------|------------|
| Oficios domésticos | 12 | 57.0 |
| Comerciante | 4 | 19.1 |
| Agricultor | 3 | 14.3 |
| Estudiante | 1 | 4.8 |
| Mecánico dental | 1 | 4.8 |
| TOTAL | 21 | 100 |

Fuente: Hoja de evaluación.

ANÁLISIS: Según los datos del cuadro anterior el 57% de los pacientes trabajan en oficios domésticos, el 19.1% son comerciantes, el 14.3% trabajan en la agricultura y el 4.8% son estudiantes al igual que mecánico dental.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo con el cuadro el mayor número de pacientes tienen una ocupación de oficios domésticos y no cuentan con un trabajo formal por lo tanto son dependientes económicamente, no tienen expectativas de una mejor vida en el futuro.

GRAFICO DE BARRA N° 3
POBLACIÓN POR OCUPACIÓN



Fuente: Cuadro N° 3

CUADRO N° 4
ENFERMEDADES ASOCIADAS

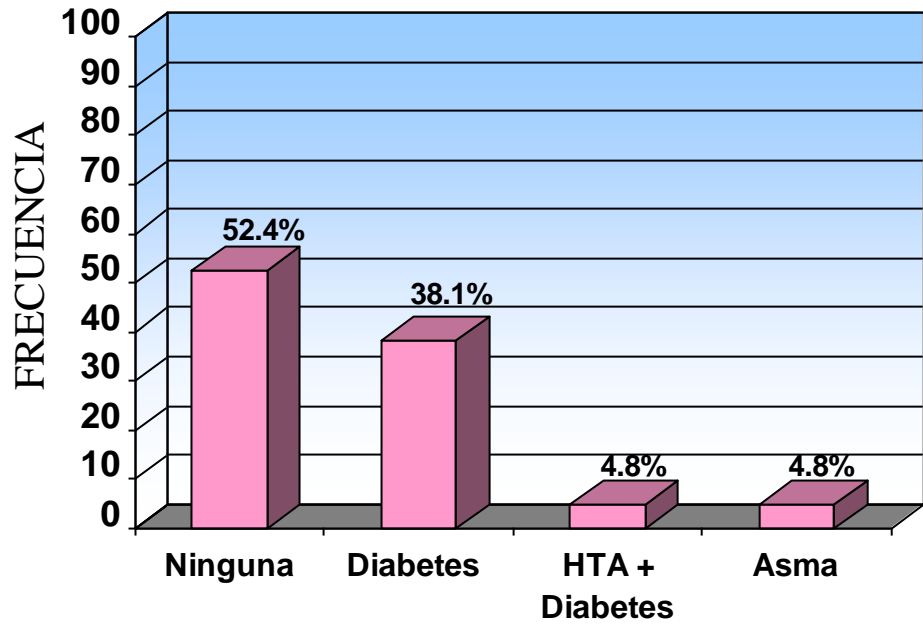
| DIAGNÓSTICO | FRECUENCIA | % |
|--------------------|-------------------|----------|
| Asma | 1 | 4.8 |
| Diabetes | 8 | 38.1 |
| HTA + Diabetes | 1 | 4.8 |
| Ninguno | 11 | 52.4 |
| TOTAL | 21 | 100 |

Fuente: Hoja de evaluación.

ANÁLISIS: En la descripción del cuadro N° 4 observamos que el 52.4% de los pacientes no se asoció a ningún diagnóstico, y el diagnóstico más frecuentemente asociado a parálisis facial fue la Diabetes en un 38.1%, seguido de Hipertensión arterial más Diabetes y Asma con un 4.8% respectivamente.

INTERPRETACIÓN: En más de la mitad de los pacientes no se encontró enfermedades que se asociaran con parálisis facial, y la enfermedad más frecuentemente asociada fue la diabetes debido a la neuritis periférica que esta enfermedad produce, y con un menor porcentaje Hipertensión arterial más diabetes y Asma.

GRAFICO DE BARRA N° 4
ENFERMEDADES ASOCIADAS



Fuente: Cuadro N° 4.

CUADRO N° 5

ESTADO ANÍMICO QUE PRESENTO EL PACIENTE

| Estado Anímico | Evaluación Inicial | | Evaluación Final | |
|----------------|--------------------|------|------------------|------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Deprimido | 7 | 33.3 | 1 | 4.8 |
| Tristeza | 14 | 66.7 | 1 | 4,8 |
| Alegre | 0 | 0 | 19 | 90.4 |
| Total | 21 | 100 | 21 | 100 |

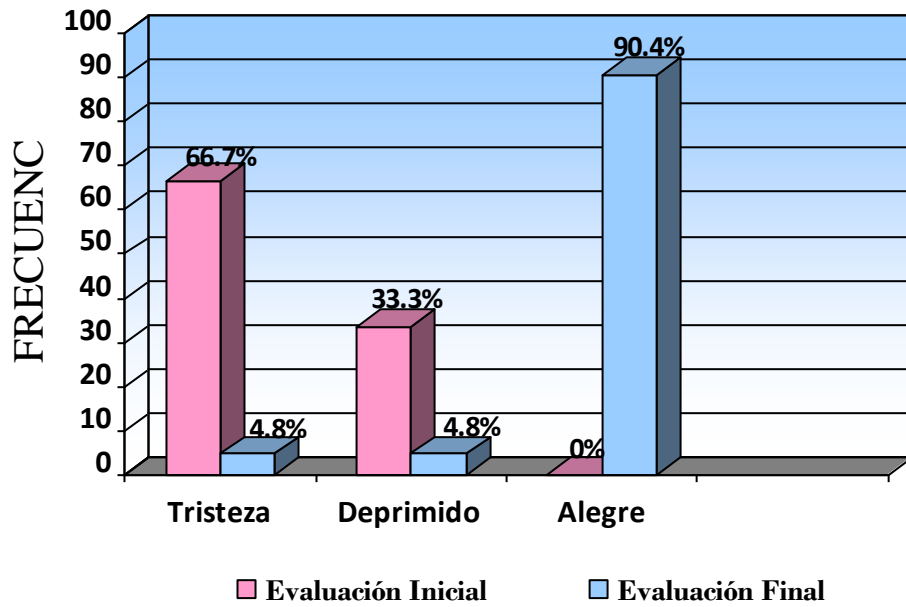
Fuente: Hoja de evaluación.

ANÁLISIS: El cuadro anterior muestra que en la primera evaluación el 66.7% de los pacientes mostró tristeza, seguido por un 33.3% que expreso sentirse deprimido y ningún paciente expreso sentirse alegre. En la evaluación final se observa que el 90.4% de los pacientes expreso sentirse alegre, el 4.8% expreso sentirse triste y el 4.8% deprimido.

INTERPRETACIÓN: De los datos anteriores puede interpretarse que todos los pacientes al inicio del tratamiento no se encontraban alegres por presentar parálisis facial y la mayoría de ellos expresaron sentimientos de tristeza y de sentirse deprimidos. En la evaluación final la mayoría de los pacientes expreso un estado anímico de alegría y un pequeño porcentaje continuo con un estado anímico de tristeza y depresión.

GRAFICO DE BARRA N° 5

ESTADO ANÍMICO



Fuente: Cuadro N° 5.

CUADRO N° 6
ASPECTO DE ESTÉTICA

| Aspecto de Estética | Evaluación Inicial | | Evaluación Final | |
|----------------------------|---------------------------|----------|-------------------------|----------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Desordenado | 7 | 33.3 | 2 | 9.5 |
| Ordenado | 14 | 66.7 | 19 | 90.5 |
| TOTAL | 21 | 100 | 21 | 100 |

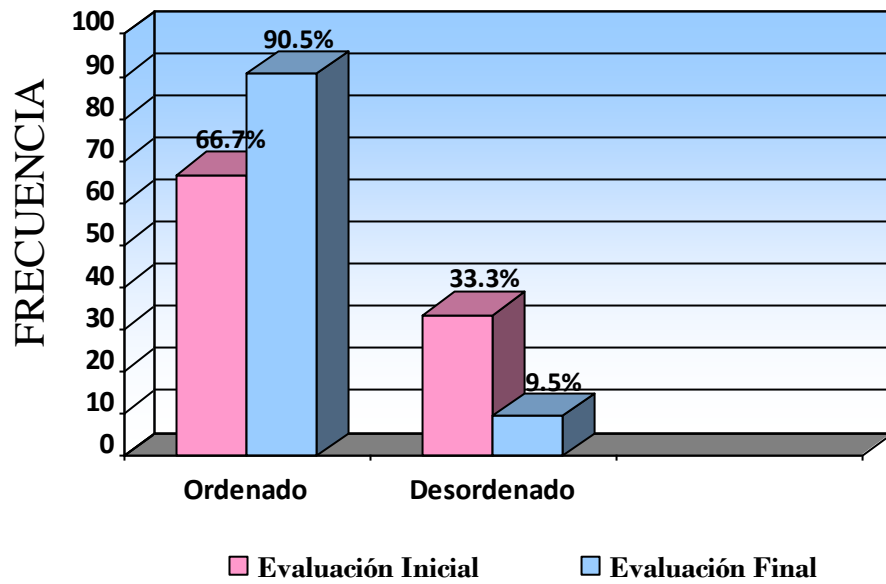
Fuente: Hoja de Evaluación.

ANÁLISIS: El cuadro muestra en la evaluación inicial que un 33.3% de los pacientes mostraba un aspecto de su estética desordenado y un 66.7% ordenado. En la evaluación final el 90.5% presento un aspecto ordenado y el 9.5% desordenado.

INTERPRETACIÓN: Se encuentra plasmado en el cuadro anterior, que a través del tratamiento la mayoría de los pacientes en la evaluación final presento un aspecto en su estética ordenado en comparación a la evaluación inicial. Esto refleja que el tratamiento de la terapia ocupacional a los pacientes, mejora su presentación personal debido a que presentan más interés en lucir bien.

GRAFICO DE BARRA N° 6

ASPECTO DE ESTÉTICA



Fuente: Cuadro N° 6.

CUADRO N° 7

DIFICULTAD EN LA ALIMENTACIÓN

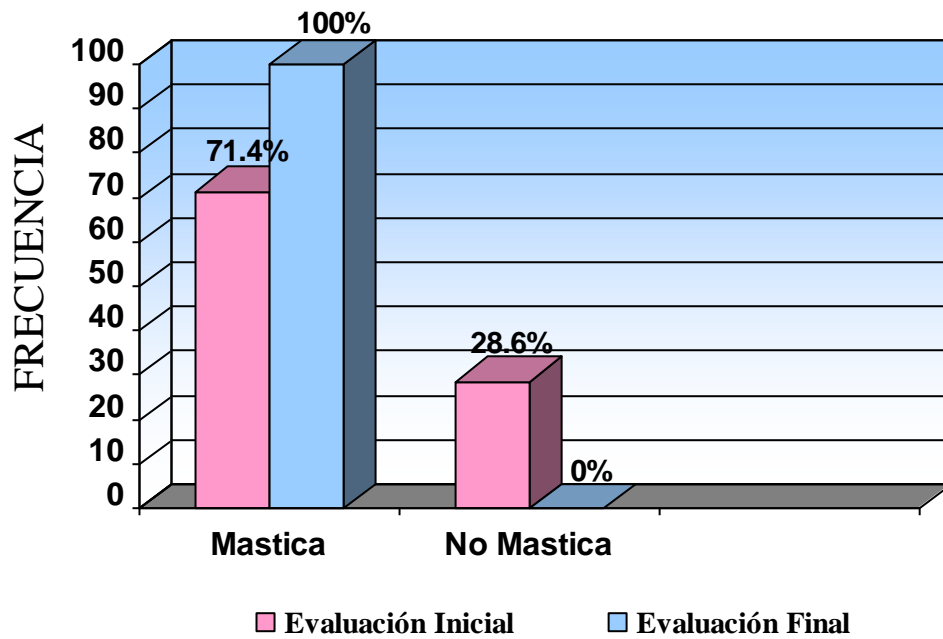
| Dificultad en alimentación | Evaluación Inicial | | Evaluación Final | |
|----------------------------|--------------------|------|------------------|-----|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Mastica | 15 | 71.4 | 21 | 100 |
| No Mastica | 6 | 28.6 | 0 | 0 |
| TOTAL | 21 | 100 | 21 | 100 |

Fuente: Hoja de Evaluación.

ANÁLISIS: En la evaluación inicial el 71.4% de los pacientes no presentó dificultad para alimentarse y el 28.6% no podía masticar. Posterior al tratamiento con terapia ocupacional y física el 100% de los pacientes no presentaba dificultad en su alimentación.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo con el cuadro en la evaluación inicial la mayoría de los pacientes no presentó dificultad para la alimentación debido a que dependiendo de la gravedad de la parálisis facial puede verse afectada o no la masticación de los alimentos. Al final del tratamiento observamos que los pacientes que presentaron dificultad para masticar se recuperaron en su totalidad.

GRAFICO DE BARRA N° 7
DIFICULTAD EN LA ALIMENTACIÓN



Fuente: Cuadro N° 7.

CUADRO Nº 8
ASPECTO DE FONACIÓN

| Fonación | Evaluación Inicial | | Evaluación Final | |
|----------|--------------------|------|------------------|------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Bajo | 18 | 85.7 | 6 | 28.6 |
| Moderado | 3 | 14.3 | 15 | 71.4 |
| TOTAL | 21 | 100 | 21 | 100 |

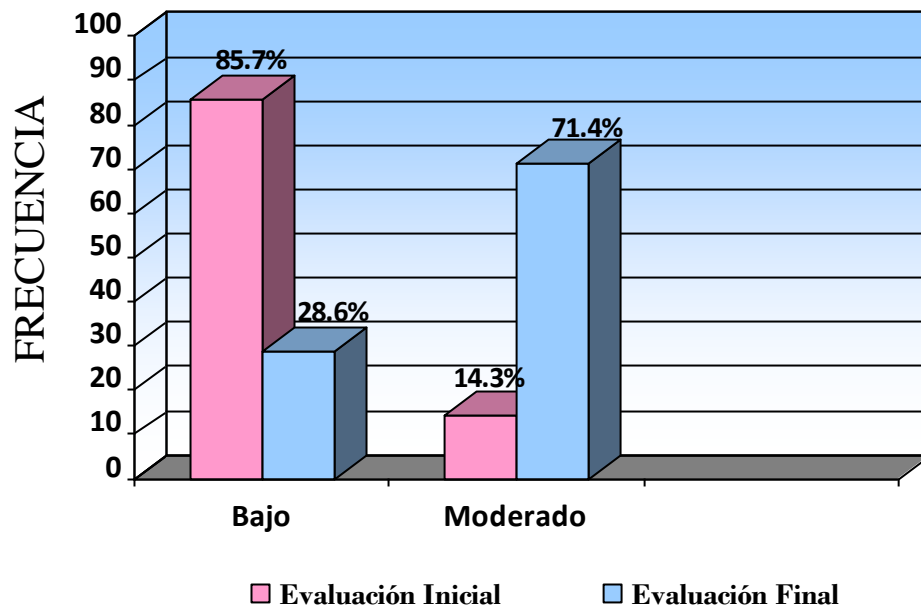
Fuente: Hoja de Evaluación.

ANÁLISIS: En cuanto al aspecto de fonación en la evaluación inicial el 85.7% de los pacientes presentó fonación baja y el 14.3% fonación moderada. En la evaluación final el 28.6% presentó fonación baja y el 71.4% presentó fonación moderada.

INTERPRETACIÓN: En el cuadro anterior se refleja que en la evaluación inicial la mayoría de los pacientes tenían un tono de voz bajo debido a la pena que presentaban los pacientes al hablar por la desviación de los rasgos faciales hacia el lado sano. Al final de la evaluación podemos preciar que la mayoría de los pacientes al recuperarse mejoraron su fonación al sentirse recuperados de su enfermedad y su trastorno depresivo. Hubo un pequeño porcentaje de pacientes que no recuperó su fonación inicial debido a que no se habían recuperado totalmente de su parálisis facial.

GRAFICO DE BARRA N° 8

ASPECTO DE FONACIÓN



Fuente: Cuadro N° 8

CUADRO N° 9
TRISTEZA APARENTE

| Tristeza Aparente | Evaluación Inicial | | Evaluación Final | |
|-----------------------|--------------------|------|------------------|------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| No Tristeza | 0 | 0 | 8 | 38.1 |
| Parece Desanimado | 8 | 38.1 | 12 | 57.1 |
| Parece Triste | 13 | 61.9 | 1 | 4.8 |
| Parece Desgraciado | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 21 | 100 | 21 | 100 |

Fuente: Escala de Montgomery Asberg.

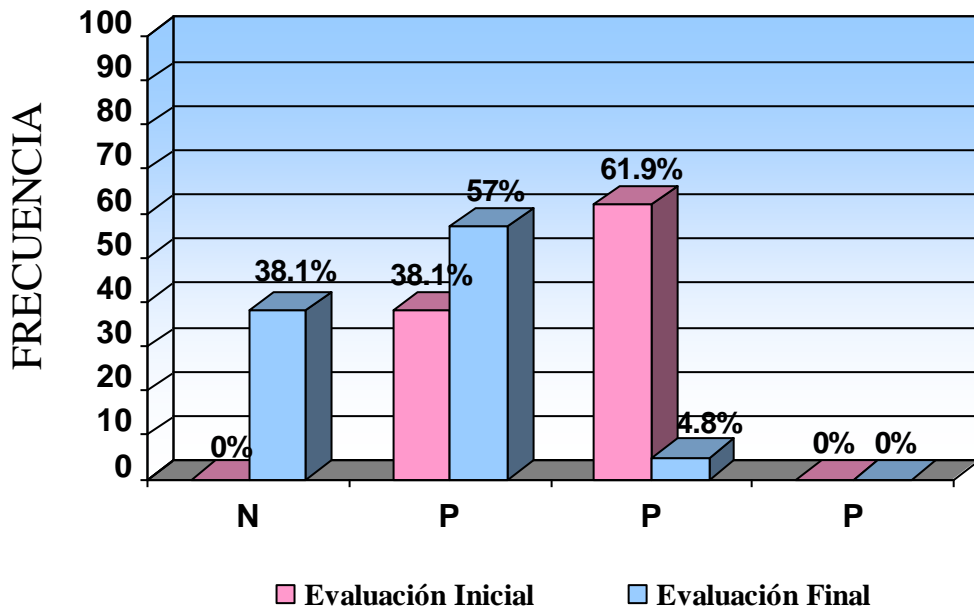
ANÁLISIS: En el presente cuadro se puede analizar que al inicio del tratamiento el 61.9% de los pacientes parecía triste y el 38.1% parecía desanimado, los pacientes que no aparentaban tristeza fue del 0% al igual que los pacientes que parecían desgraciados. Al final los pacientes que parecían tristes disminuyó al 4.8%, el 57.1% de la población parecía desanimada y el 38.1% no aparentaba tristeza.

INTERPRETACIÓN: De los datos anteriores puede interpretarse que al inicio del tratamiento todos los pacientes experimentaron algún grado de tristeza aparente, ninguno de ellos aparentaba alegría, pero en la evaluación final el nivel de tristeza aparente disminuyó y paso a un nivel de menor intensidad comparado con la evaluación inicial en la mayoría de los pacientes, de tal forma que un buen

porcentaje de los pacientes al final no presentaban tristeza y la mayoría de los pacientes que en la evaluación inicial parecían tristes pasaron a un menor nivel de tristeza reflejado en el parámetro parece desanimado que se refleja en el cuadro con un porcentaje elevado.

GRAFICO DE BARRA N° 9

TRISTEZA APARENTE



Fuente: Cuadro N° 9.

N = No tristeza

P = Parece desanimado

P = Parece Triste

P = Parece desgraciado

CUADRO Nº 10

TRISTEZA EXPRESADA

| Tristeza Expresada | Evaluación Inicial | | Evaluación Final | |
|--------------------|--------------------|------|------------------|-----|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| No Tristeza | 0 | 0 | 17 | 81 |
| Tristeza que cede | 10 | 47.6 | 4 | 19 |
| Tristeza Profunda | 11 | 52.4 | 0 | 0 |
| Tristeza continua | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 21 | 100 | 21 | 100 |

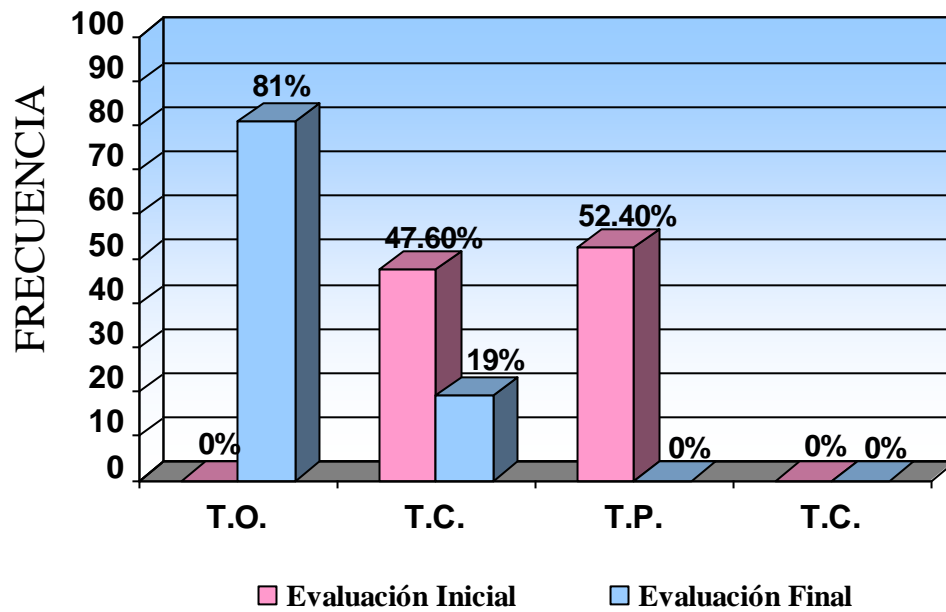
Fuente: Escala de Depresión de Montgomery Asberg

ANÁLISIS: En el presente cuadro se analiza que al inicio del estudio el 52.4% expresaron sentimientos de tristeza profunda, el 47.6% expresaron tristeza que cede sin dificultad y no tristeza con tristeza continua el 0% de los pacientes. En la evaluación final el 81% expreso no tener tristeza y el 19% expreso tristeza que cede sin dificultad, los sentimientos de tristeza profunda y tristeza continua se expresó en el 0% de los pacientes.

INTERPRETACIÓN: Al inicio de la terapia ocupacional todos los pacientes expresaron algún grado de tristeza, siendo mayor el número de pacientes que expresaron sentimientos de tristeza profunda. Al final de la terapia se observó que la mayoría de los pacientes expresaban no tener tristeza y un pequeño porcentaje tristeza que cede sin dificultad.

GRAFICO DE BARRA N° 10

TRISTEZA EXPRESADA



Fuente: Cuadro N° 10.

T.O. = Tristeza Ocasional T.C. = Tristeza que cede

T.P. = Tristeza Profunda T.C. = Tristeza Continua

CUADRO Nº 11

TENSIÓN INTERIOR

| Tensión Interior | Evaluación Inicial | | Evaluación Final | |
|-----------------------------|--------------------|------|------------------|------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Placidez Aparente | 1 | 4.8 | 16 | 76.2 |
| Sentimientos de nerviosismo | 12 | 57.1 | 5 | 23.8 |
| Tensión interna continua | 8 | 38.1 | 0 | 0 |
| Angustia pánico abrumador | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 21 | 100 | 21 | 100 |

Fuente: Escala de Depresión de Montgomery Asberg.

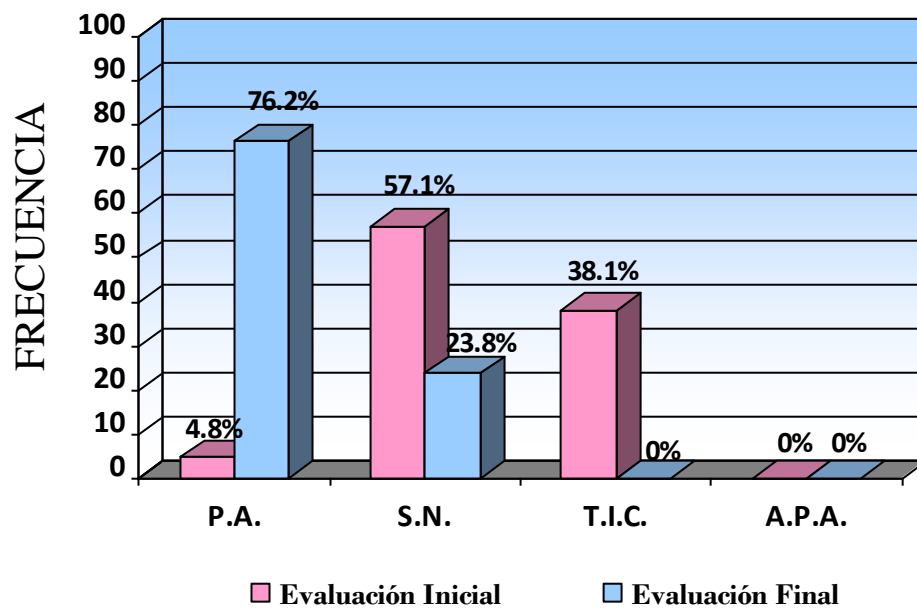
ANÁLISIS: El cuadro muestra en la primera evaluación que el 57.1% de los pacientes presentó sentimientos de nerviosismo, seguido por un 38.1% de tensión interna continua y finalmente un 4.8% presentó placidez aparente. En la evaluación final se observó que el 76.2% demostró placidez aparente, el 23.8% presentó sentimientos de nerviosismo y la tensión interna continua se reportó en el 0% de los pacientes.

INTERPRETACIÓN: Se encuentra plasmado en el cuadro que todos los pacientes tuvieron mejoría en la tensión interior que manifestaron al inicio del tratamiento con respecto a la evaluación final, hubo un aumento importante de los pacientes que al final mostraban una placidez aparente, se redujo sustancialmente la cantidad de pacientes que mostraron al inicio sentimientos

ocasionales de nerviosismo y hubo ausencia al final del estudio de pacientes que expresaran continuos sentimientos de tensión interna.

GRAFICO DE BARRA Nº 11

TENSIÓN INTERIOR



Fuente: cuadro Nº 11

P.A. = Placidez Aparente

S.N. = Sentimiento de Nerviosismo

T.I.C. = Tensión Interna Cotidiana

A.P.A. = Angustia, Pánico Abrumador

CUADRO Nº 12
SUEÑO REDUCIDO

| Sueño Reducido | Evaluación Inicial | | Evaluación Final | |
|---|--------------------|------|------------------|------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Sueño Normal. | 2 | 9.5 | 14 | 66.7 |
| Leve Dificultad al Dormir. | 6 | 28.6 | 7 | 33.3 |
| Sueño Interrumpido en Menos de 2 horas. | 13 | 61.9 | 0 | 0 |
| Menos de 2 a 3 Horas de Sueño. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 21 | 100 | 21 | 100 |

Fuente: Escala de Depresión de Montgomery Asberg.

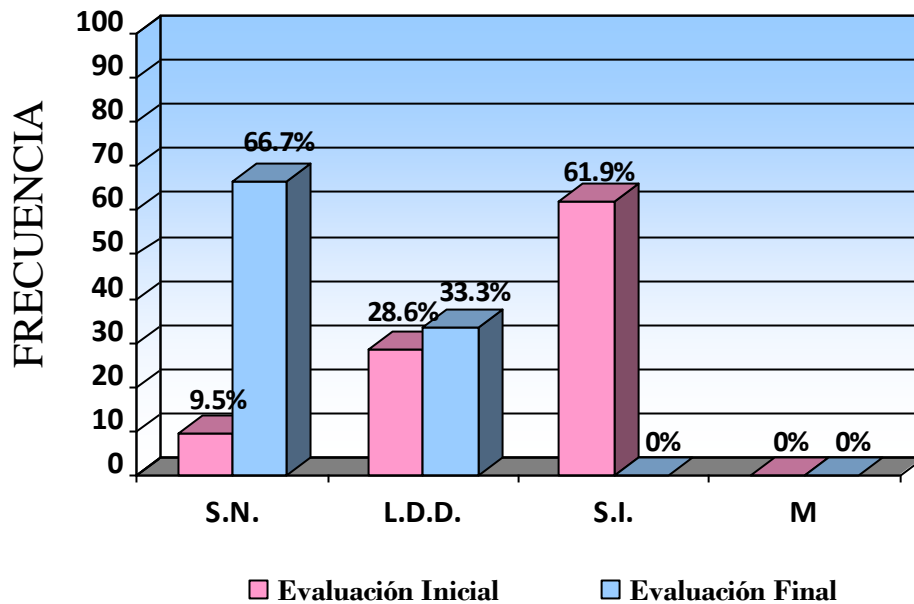
ANÁLISIS: En el presente cuadro podemos observar que en la evaluación inicial del sueño el 61.9% de los pacientes tenía sueño interrumpido en menos de 2 horas, el 28.6% tenía leve dificultad para dormir y el 9.5% sueño normal. En la evaluación final el 66.7% de los pacientes tenían un sueño normal, y un 33.3% leve dificultad para dormir.

INTERPRETACIÓN: Al inicio del tratamiento de terapia ocupacional la mayoría de los pacientes presentaron algún grado de dificultad para conciliar el sueño, principalmente los pacientes presentaron sueño interrumpido por menos de 2 horas, seguido por leve dificultad para dormir. Posterior al tratamiento en la evaluación final se evidenció que la mayoría de los pacientes había recuperado

su sueño normal y un número menor de pacientes pasó de tener un sueño interrumpido a leve dificultad para dormir.

GRAFICO DE BARRA Nº 12

SUEÑO REDUCIDO



Fuente: Cuadro Nº 12.

S.N. = Sueño Normal

L.D.D. = Leve Dificultad al Dormir

S.I. = Sueño Interrumpido en menos de 2 horas

M = Menos de 2 a 3 horas de sueño

CUADRO Nº 13

DISMINUCIÓN DEL APETITO

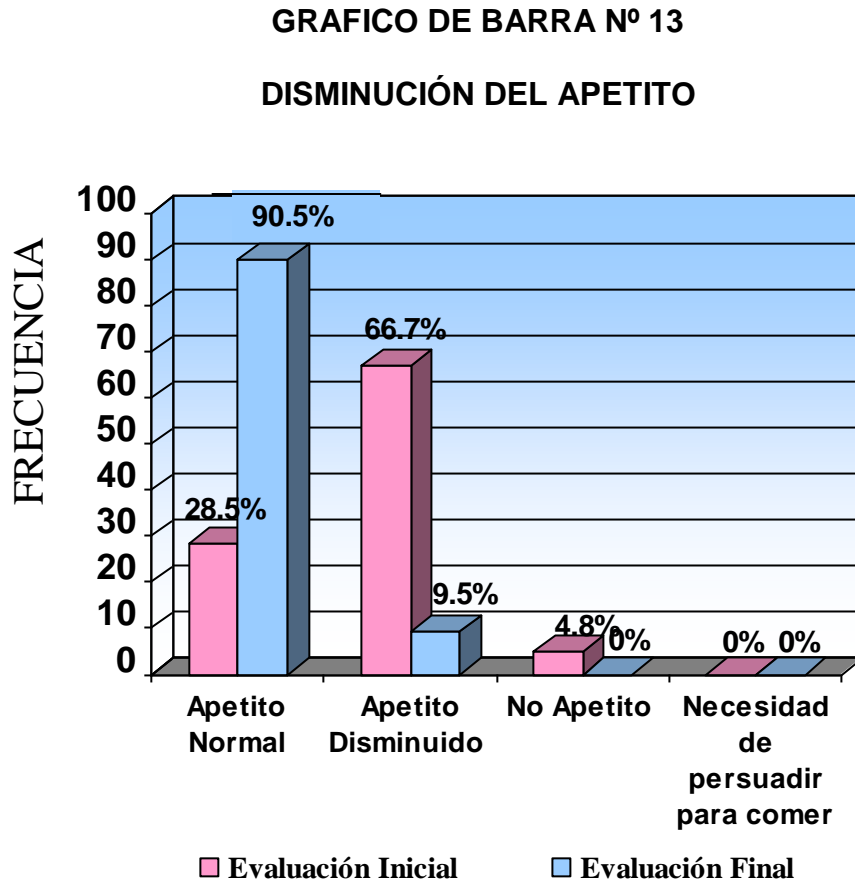
| Disminución del apetito | Evaluación Inicial | | Evaluación Final | |
|-----------------------------------|--------------------|------|------------------|------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Apetito normal | 6 | 28.5 | 19 | 90.5 |
| Apetito disminuido | 4 | 66.7 | 2 | 9.5 |
| No apetito | 1 | 4.8 | 0 | 0 |
| Necesidad de persuadir para comer | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 21 | 100 | 21 | 100 |

Fuente: Escala de Depresión de Montgomery Asberg.

ANÁLISIS: En este cuadro podemos analizar que inicialmente solo el 28.5% de los pacientes tenían un apetito normal, el 66.7% presento apetito disminuido y el 4.8% manifestó no tener apetito. En la evaluación final el 90.5% de los pacientes tenía un apetito normal, seguido de un 9.5% de pacientes con apetito disminuido.

INTERPRETACIÓN: Es importante notar que la mayoría del total de pacientes presento al inicio algún grado de afectación en su apetito, siendo principalmente apetito disminuido; y un pequeño número que expreso tener falta de apetito. Posteriormente en la evaluación final se observo que la mayoría de los pacientes al final del estudio había recuperado su apetito normal y un

mínimo porcentaje aun continuaban con disminución del apetito.



Fuente: Cuadro No. 13

CUADRO N° 14

DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN

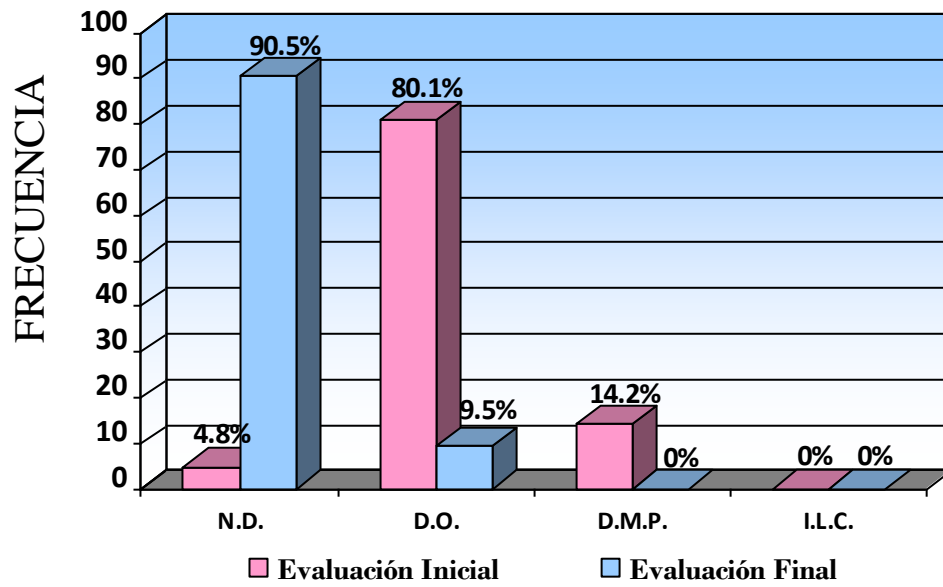
| Dificultad de Concentración | Evaluación Inicial | | Evaluación Final | |
|-------------------------------------|--------------------|------|------------------|------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Ninguna Dificultad | 1 | 4.8 | 19 | 90.5 |
| Dificultad Ocasional | 17 | 81.0 | 2 | 9.5 |
| Dificultad en mantener pensamientos | 3 | 14.2 | 0 | 0 |
| Incapacidad en leer y conversar | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 21 | 100 | 21 | 100 |

Fuente: Escala de Depresión de Montgomery Asberg.

ANÁLISIS: El presente cuadro señala que en la evaluación inicial el 4.8% de los pacientes no tenían dificultad en concentrarse, el 81% presentó dificultad ocasional en concentrarse, el 14.2% dificultad en la concentración y en el mantenimiento del pensamiento y el 0% de los pacientes expresó no tener dificultad en concentrarse para leer o conversar. En la evaluación final el 90.5% no tenía dificultad de concentración y el 9.5% presentaba dificultad ocasional.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los datos, en la evaluación inicial la mayoría de los pacientes presentaron trastornos de concentración siendo la mayoría de ellos dificultad ocasional en concentrarse. En la evaluación final la mayoría de los pacientes mejoró a tal grado que un porcentaje alto de los pacientes expresaron que no presentaban ninguna dificultad en concentrarse.

GRAFICO DE BARRA N° 14
DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN



Fuente: Cuadro N° 14.

N.D. = Ninguna Dificultad

D.O. = Dificultad Ocasional

D.M.P. = Dificultad en mantener Pensamientos

I.L.C. = Incapacidad en leer y conversar

CUADRO Nº 15
LAXITUD, ABULIA.

| Laxitud Abulia | Evaluación Inicial | | Evaluación Final | |
|---|--------------------|------|------------------|------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Dificultad leve al iniciar tareas. | 2 | 9.5 | 19 | 90.5 |
| Dificultad al iniciar actividades. | 9 | 42.9 | 2 | 9.5 |
| Dificultad al iniciar actividades rutinarias. | 10 | 47.6 | 0 | 0 |
| Completa laxitud e incapacidad. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 21 | 100 | 21 | 100 |

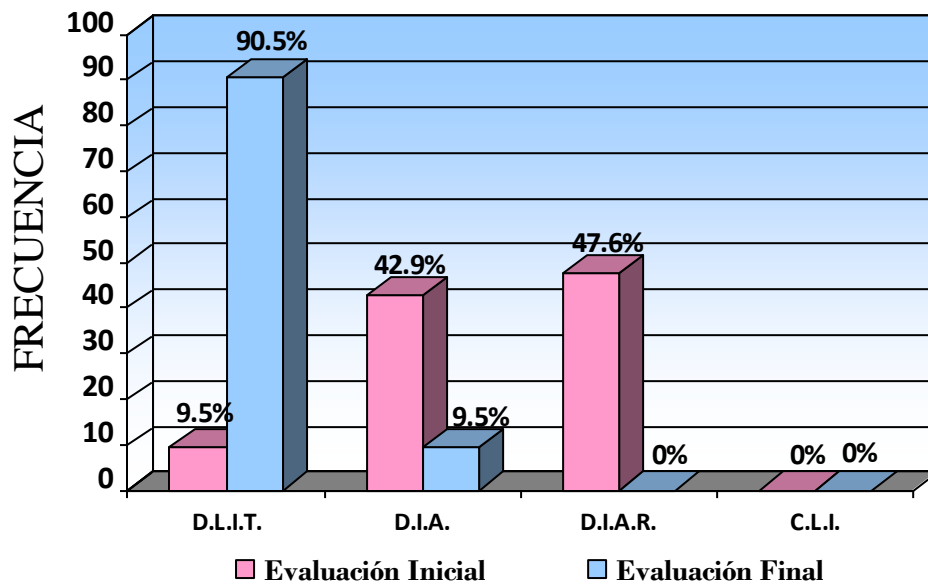
Fuente: Escala de Depresión de Montgomery Asberg.

ANÁLISIS: El presente cuadro muestra que al inicio del estudio el 9.5% de la población mostró apenas dificultad para iniciar alguna tarea, el 42.9% presentó dificultad para iniciar actividades, el 47.6% expreso tener dificultad para comenzar actividades rutinarias y el 0% de los pacientes presentó laxitud completa. Al final del tratamiento el 90.5% de los pacientes expreso tener apenas dificultad para iniciar tareas y el 9.5% dificultad para iniciar actividades.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo con los datos en la evaluación inicial el mayor porcentaje de los pacientes tenían diferente intensidad de laxitud principalmente dificultad para iniciar actividades de la rutina diaria y dificultad para iniciar actividades fuera de la rutina diaria. En la evaluación final la mayoría de los pacientes mejoraron su intensidad de laxitud a tal grado que expresaron que apenas sentían dificultad para iniciar alguna tarea.

GRAFICO DE BARRA N° 15

LAXITUD ABULIA



Fuente: Cuadro N° 15.

D.L.I.T. = Dificultad leve al Iniciar Tareas.

D.I.A. = Dificultad al Iniciar Actividades.

D.I.A.R.= Dificultad al Iniciar Actividades de Rutina.

C.L.I. = Completa Laxitud e Incapacidad.

CUADRO Nº 16

INCAPACIDAD PARA SENTIR

| Incapacidad para sentir | Evaluación Inicial | | Evaluación Final | |
|---------------------------------------|--------------------|------|------------------|------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Interés normal por cosas, gente | 4 | 19 | 19 | 90.5 |
| Reducción Para disfrutar | 16 | 76.2 | 2 | 9.5 |
| Pérdida de Interés en lo que le Rodea | 1 | 4.8 | 0 | 0 |
| Incapacidad para sentir placer | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 21 | 100 | 21 | 100 |

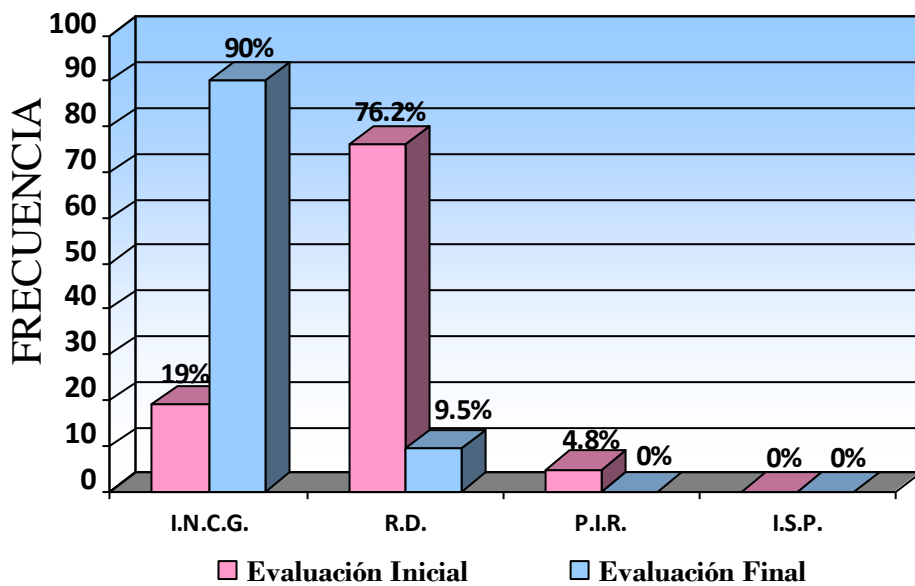
Fuente: Escala de Depresión de Montgomery Asberg.

ANÁLISIS: El cuadro muestra que en la primera evaluación el 19% de los pacientes presentaba un interés normal por las cosas y la gente, el 76.2% tenía una reducción para disfrutar de los intereses habituales y un 4.8% una pérdida de interés por lo que le rodea. En la segunda evaluación el 90.5% de los pacientes presentaron un interés normal por las cosas y la gente, y el 9.5% presentaba reducción para disfrutar.

INTERPRETACIÓN: Se observa que en la evaluación inicial la mayoría de los pacientes están afectados en su capacidad para sentir, siendo una reducción

en la capacidad para disfrutar de los intereses habituales de la vida diaria el mayor grupo afectado. Al final de la evaluación los pacientes presentaron una mejoría notable a tal grado que la mayoría expreso que sentía un interés normal por las cosas y por la gente.

GRAFICO DE BARRA N° 16
INCAPACIDAD PARA SENTIR



Fuente: Cuadro N° 16.

I.N.C.G. = Interés normal por cosas, gente.

R.D. = Reducción Para disfrutar.

P.I.R. = Pérdida de Interés en lo que le Rodea.

I.S.P. = Incapacidad para sentir placer.

CUADRO Nº 17

PENSAMIENTO PESIMISTA

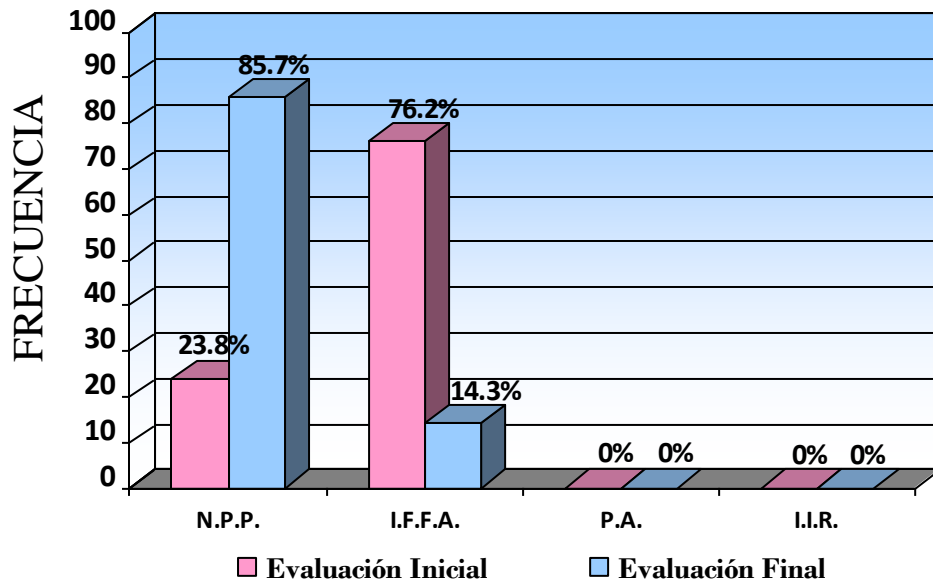
| Pensamiento Pesimista | Evaluación Inicial | | Evaluación Final | |
|--|--------------------|------|------------------|------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| No pensamiento pesimista | 5 | 23.8 | 18 | 85.7 |
| Ideas fluctuantes de fallo y autorreproches. | 16 | 76.2 | 3 | 14.3 |
| Persistentes autoacusaciones | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ideas irrefutables de ruina | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 21 | 100 | 21 | 100 |

Fuente: Escala de Depresión de Montgomery Asberg.

ANÁLISIS: Al iniciar la terapia ocupacional el 23.8% de la población en estudio expuso no tener pensamientos pesimistas y el 76.2% dijo tener ideas fluctuantes de fallos y autorreproches. Al finalizar la terapia ocupacional el 85.7% de los pacientes no tenía pensamientos pesimistas y el 14.3% presentaba ideas fluctuantes de fallo y autorreproches.

INTERPRETACIÓN: Al iniciar el tratamiento con terapia ocupacional la mayoría de los pacientes presentaba pensamientos pesimistas, sobre todo ideas fluctuantes de fallo y autorreproches. Al terminar la terapia pudimos evaluar que un gran porcentaje de los pacientes ya no tenía pensamientos pesimistas y un pequeño porcentaje aún presentaba ideas fluctuantes de fallo.

GRAFICO DE BARRA N° 17
PENSAMIENTOS PESIMISTAS



Fuente: Cuadro N° 16.

N.P.P. = No pensamiento pesimista.

I.F.F.A. = Ideas fluctuantes de fallo y autorreproches.

P.A. = Persistentes autoacusaciones.

L.I.R. = Ideas irrefutables de ruina.

CUADRO Nº 18
IDEACIÓN SUICIDA

| Ideación Suicida | Evaluación Inicial | | Evaluación Final | |
|-------------------------------|--------------------|------|------------------|------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Se alegra de vivir | 10 | 47.6 | 20 | 95.2 |
| Cansado de vivir | 9 | 42.9 | 1 | 4.8 |
| Manifiesta deseos de muerte. | 2 | 9.5 | 0 | 0 |
| Planes explícitos de suicidio | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 21 | 100 | 21 | 100 |

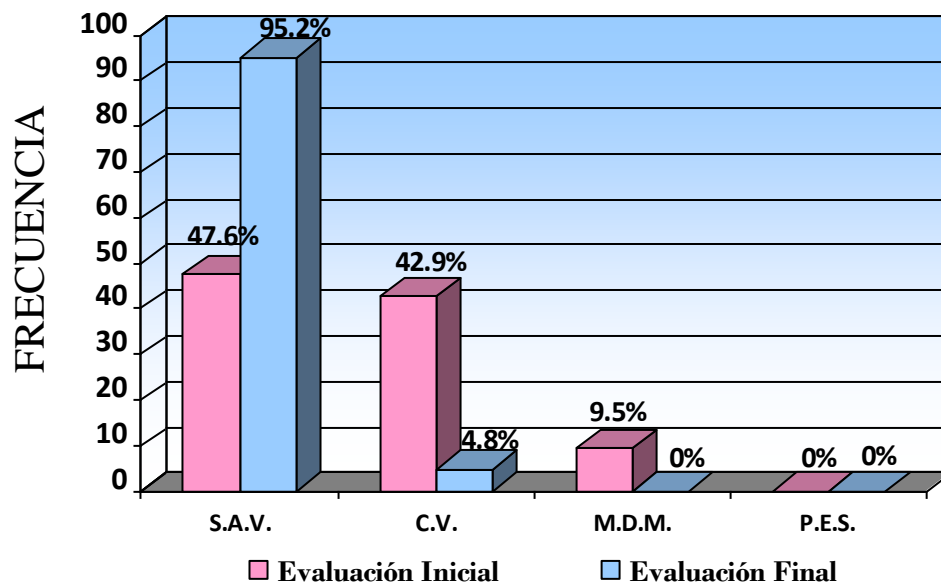
Fuente: Escala de Depresión de Montgomery Asberg.

ANÁLISIS: en el presente cuadro podemos analizar que en la evaluación inicial el 47.6% de los pacientes no tenían ideas suicidas, el 42.9% expresó sentirse cansado de vivir y el 9.5% manifestó deseos de morir. Al final del estudio el 95.2% de los pacientes expreso que se alegraba de vivir, y el 4.8% expreso que se sentían cansados de vivir.

INTERPRETACIÓN: Se observa en el cuadro que en la primera evaluación un pequeño porcentaje de los pacientes manifiestan tener ideas de deseo de muerte, mientras que un poco menos de la mitad de los pacientes manifestaron sentirse cansados de vivir. Posterior a la terapia ocupacional la gran mayoría de los pacientes manifestaban alegría por vivir debido a su recuperación de su enfermedad.

GRAFICO DE BARRA N° 18

IDEACIÓN SUICIDA



Fuente: Cuadro N° 18.

S.A.V. = Se alegra de vivir.

C.V. = Cansado de vivir.

M.D.M. = Manifiesta deseos de muerte.

P.E.S. = Planes explícitos de suicidio.

CUADRO N° 19

CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

| Clasificación | Evaluación Inicial | | Evaluación Final | |
|--------------------|--------------------|------|------------------|------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| No Depresión | 0 | 0 | 15 | 71.4 |
| Depresión Leve | 3 | 14.3 | 5 | 23.8 |
| Depresión Moderada | 18 | 85.7 | 1 | 4.8 |
| Depresión Severa | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 21 | 100 | 21 | 100 |

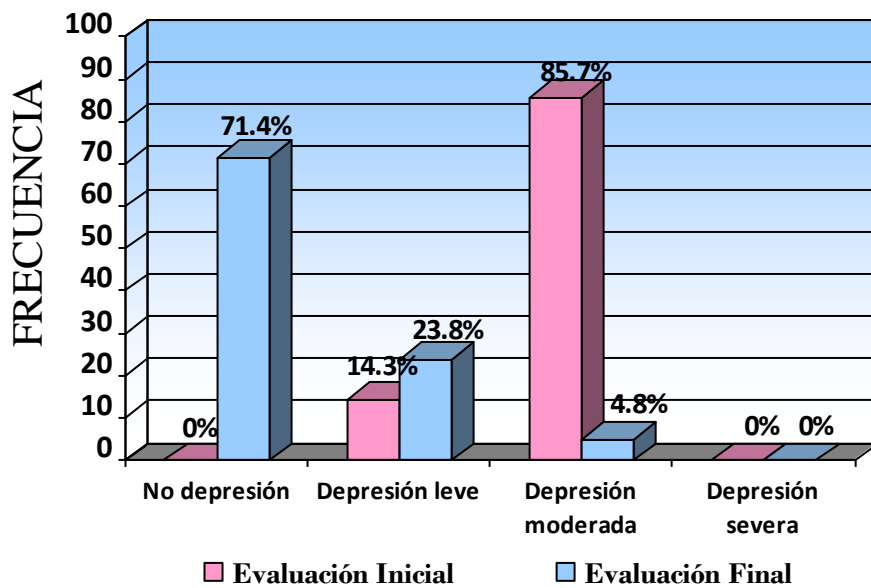
Fuente: Escala de Depresión de Montgomery Asberg.

ANÁLISIS: Este cuadro muestra que los pacientes con parálisis facial al inicio del tratamiento el 14.3% tenía depresión leve, el 85.7% tenía depresión moderada. En la evaluación final el 71.4% de los pacientes no tenía depresión, el 23.8% presentaba una depresión leve y un 4.8% presentaba una depresión moderada.

INTERPRETACIÓN: Es importante notar que en la evaluación inicial que se hizo antes de iniciar el tratamiento con terapia ocupacional todos los pacientes que entraron al estudio presentaron depresión en sus diversos grados, teniendo la mayoría de los pacientes depresión moderada, seguido por un menor porcentaje depresión leve. Al finalizar el tratamiento la mayoría de los pacientes ya se habían recuperado a tal grado que ya no presentaban síntomas de depresión, los pacientes que presentaron depresión moderada al inicio algunos

pasaron a tener una depresión leve y la mayoría se recupero satisfactoriamente. Hubo una paciente que no mejoró su estado depresivo al final del estudio ya que no se recuperó de su parálisis facial.

GRÁFICO DE BARRA N° 19
CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN



Fuente: Cuadro N° 19.

5.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS.

HIPÓTESIS PLANTEADA

La Terapia Ocupacional es efectiva para disminuir los trastornos depresivos en pacientes con parálisis facial entre las edades de 15 a 80 años.

La Hipótesis planteada anteriormente es aceptada con los siguientes resultados.

Se comprobó con el cuadro No. 5 (Estado anímico) que de los 21 pacientes el 90.4% superó la depresión y la tristeza pasando al estado de alegría.

El cuadro No. 13 (Disminución del apetito) de los 21 pacientes el 90.5% llegó al aspecto normal, superando el no apetito y el apetito no disminuido.

En el Cuadro No. 14 (Dificultad de concentración) se comprobó que el 90.5% superó la dificultad para mantener su propio pensamiento o para concentrarse.

El cuadro No. 15 (Laxitud, Abulia) de la muestra el 90.5% superó las dificultades para iniciar y ejecutar las actividades diarias.

Con el cuadro No. 16 (Incapacidad para sentir) el 90.5% superó el reducido interés por lo que le rodea o las actividades que antes le producían

placer, reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente o mantenerse en circunstancias y personas.

El cuadro No. 18 (Ideación suicida) que el 95.2% superó la idea que la vida no merece vivirse, de que la muerte natural sería bienvenida, manifiesta ideas o planes suicidas.

De acuerdo al cuadro N° 19 se observó que antes de iniciar el tratamiento con terapia ocupacional en los pacientes con parálisis facial todos tenían algún grado de depresión, el 85.7% de ellos trastorno depresivo moderado y el 14.3% trastorno depresivo leve según lo reflejó la Escala de Montgomery Asberg y posterior al tratamiento el 71.4% de los pacientes no tenían depresión, el 23.8% disminuyó su depresión de moderado a leve y el 4.8% de los pacientes no obtuvo mejoría de su depresión debido a que no se recuperó de su parálisis facial.

Por lo cual la terapia ocupacional disminuye los trastornos depresivos que padecen los pacientes con parálisis facial, ya que las diferentes modalidades de tratamiento ayudan a sociabilización, integración y expresión para superar dichos trastornos. Finalmente se concluyó que la investigación fue satisfactoria porque se lograron los objetivos propuestos, así como la hipótesis de trabajo fue aceptada en un 90.5% de los pacientes.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación sobre la aplicación de la terapia ocupacional a pacientes con parálisis facial que presentan trastornos depresivos, realizada en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente de la ciudad de San Miguel durante los meses de septiembre a noviembre de 2007, según la tabulación, análisis e interpretación de los resultados, cumpliéndose los objetivos planteados, el grupo investigador llegó a las siguientes conclusiones:

Se determinó que el perfil epidemiológico en el presente estudio es del sexo femenino, entre las edades de 46 a 55 años, de procedencia rural y de ocupación de oficios domésticos.

Se comprobó que la depresión moderada fue la más frecuente con un 85.7% del total de pacientes que presentaron parálisis facial en la evaluación inicial.

Se demostró que la modalidad de tratamiento de terapia ocupacional aplicadas a pacientes con parálisis facial y trastornos depresivos, fue efectiva al disminuir los diferentes grados de depresión.

Se concluyó que la diabetes es una de las enfermedades asociadas más frecuentes a parálisis facial.

6.2 RECOMENDACIONES

A las instituciones públicas y privadas tomar en cuenta la disciplina de la terapia ocupacional en pacientes que adolecen parálisis facial con trastornos depresivos.

Al Ministerio de Salud y asistencia social que a los pacientes con enfermedades crónicas que adolecen de trastornos depresivos tengan en cuenta la disciplina de terapia ocupacional como apoyo para la rehabilitación integral del paciente.

Al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente que realicen estudios de investigación en otras patologías crónicas que adolecen trastornos depresivos.

A la Universidad de El Salvador que de apoyo al estudiante para dar seguimiento a los estudios iniciados y pueden verificar su efectividad.

A los colegas que apliquen esta modalidad de tratamiento de terapia ocupacional a los pacientes que adolecen trastornos depresivos.

A los estudiantes que se interesen por realizar estudios de investigación aplicando tratamiento de terapia ocupacional.

A los pacientes que asistan y colaboren con la modalidad de tratamiento que le indique la fisioterapeuta para que sea más efectiva su recuperación.

A los familiares del paciente con parálisis facial y trastornos depresivos, motivándoles a que lo apoyen, que le tomen en cuenta y le dediquen calidad de tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

YOUMANS Julian R. MP, PH.O, Neurological Surgery edición Fourth.
Volumen I, w. b Sanders Company 807

WILKINNS Roberth H. M.D Division of Neurosurgery University of
Minnesota, Second Edition Volumen I

CASH Jean E. Neurología de Cash para Fisiología Editorial Medicina
Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1982.

S. A. Montgomery, M. A. Asberg. A new depression scale designed to be
sensitive to change. Br J Psychiatry 1979; 134:382 – 389. La gravedad del
cuadro depresivo. Ítem numero 10. Heteroaplicada.

Santos Aníbal, María de los Reyes Lefort, María Villalba. Diccionario
Océano de Sinónimos y Antónimos. Barcelona España. Edición MCMXCII
Ediciones Océano, S.A.

Prats José María, Rovira Jaime. Diccionario Enciclopédico

Ilustrado, Océano Uno Edición 1990, MCMXCII Ediciones Océano, S.A.

Diccionario Medico de Bolsillo. 24^a Edición interamericana McGrawHill, 1993.

FUENTES ORALES

Guardado, Milton. “vigilancia epidemiológica”. Entrevista Médico Fisiatra Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, El Salvador jueves 4 de marzo de 2007 (10:00 AM – 10:30 AM)

Albayeros Osorio, Jorge Antonio. “Escala de Evaluación”. Entrevista Médico Psiquiatra del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, jueves 22 de marzo de 2007 (9:00 AM)

BOLETIN

Centro de Rehabilitación Integral de Oriente actualizada a la fecha 15-03-07.

PERIODICO

El Más “Incidencia Depresión en Instituto Salvadoreño del Seguro Social”
Periódico (El Salvador, Not El Salvador 15 Pág., \$0.25 ctvs.) San Salvador, El
Salvador, CA, 16 de marzo de 2007; Pág. 7

GUÍAS

Osorio de Guevara, Erlin Marilú. “Guía de Orientación De Estudiantes De
La Carrera De Licenciatura En Fisioterapia y terapia ocupacional” Marzo 2007
San Miguel El Salvador C. A. N° de pág. 13.

Serpas, Mario V. y otros “Guía Metodológica Para La Elaboración De
Protocolos De Investigación En Salud” 28 de marzo del 2001 N° de Pág. 71.

Albayeros, Jorge Antonio. “Guías de Psiquiatría en Trastornos
Depresivos” a estudiantes de Licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional
Agosto, sept. Oct 207, San Miguel, El Salvador, C A. N° de pág 125.

Flores de Martínez, Yesenia “Guía de Introducción a la Terapia
Ocupacional de la Carrera de Licenciatura en Fisioterapia y Terapia
Ocupacional” agosto 2005, San Miguel, El Salvador, CA. N° de Pág. 10

Flores de Martínez, Erika Yesenia. “Guía de Evaluación a la Terapia Ocupacional de la Carrera de Licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional” septiembre 2005, San Miguel, El Salvador, CA. N° de Pág. 3

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

www.tuotromedico.com (Consultada el 2 de agosto de 2007).

www.facmed.unam.mx (Consultada el 3 de agosto de 2007)

www.laprensagrafica.com (Consultada el 5 de agosto de 2007).

www.sonepsyn.cl (Consultada el 5 de agosto de 2007)

www.trigeminolneurologia.info.com (consultada el 7 de agosto de 2007)

www.medicocushealth.com (consultada el 9 de agosto de 2007)

ANEXO Nº 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GENERALES REALIZADAS EN EL PROCESO DE GRADUACIÓN 2008

| Nº | ACTIVIDADES | MESES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|---------|---|---|---|---------|---|---|---|---------|---|---|---|---------|---|---|---|---------|--|--|--|
| | | JUL./07 | | | | AGO./07 | | | | SEPT. /07 | | | | OCT./07 | | | | NOV./07 | | | | DIC./07 | | | | ENE./08 | | | | FEB./08 | | | |
| | | SEMANAS | | | | SEMANAS | | | | SEMANAS | | | | SEMANAS | | | | SEMANAS | | | | SEMANAS | | | | SEMANAS | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| 1 | Inscripción del proceso de graduación. | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Elaboración del perfil de Investigación. | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Elaboración de protocolo de investigación. | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Entrega del protocolo de investigación. | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Ejecución de la investigación. | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Tabulación, análisis e interpretación de datos. | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Elaboración del informe final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | |
| 8 | Presentación del informe final. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | |
| 9 | Exposición oral de los resultados. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | |

ANEXO Nº 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PROCESO DE EJECUCION

| Nº | ACTIVIDADES | SEPTIEMBRE/07 | | | | OCTUBRE/07 | | | | NOVIEMBRE /07 | | | |
|----|---|---------------|---|---|---|------------|---|---|---|---------------|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Solicitar autorización al director para ejecución de la investigación. | ■ | | | | | | | | | | | |
| 2 | Selección de pacientes con diagnostico de Parálisis Facial y trastornos depresivos | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | |
| 3 | Aplicación del tratamiento de Terapia Ocupacional. - Reunión con el director. - Charla educativa sobre su tratamiento. - Charla educativa de arreglo personal. - Dinámica de presentación con fruta. - Dinámica de ronda. - Recitar un poema poseía. - Dile a la compañera/o la cualidad que mas bonita le observa. - Masaje facial. - Que realiza surcos o soplando. - Concientizarlo de lo que él es. | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| 4 | Convivio con los pacientes. | | | | | | | | | | | ■ | ■ |
| 5 | Actividad de finalización del proceso. | | | | | | | | | | | ■ | ■ |

ANEXO Nº 3

MÚSCULOS DE LA CARA Y DEL CUELLO

Conectado con el **músculo occipital** por la aponeurosis epicraneal, que cubre la parte de arriba del cráneo, el **músculo frontal** arruga la piel de la frente, eleva las cejas y mueve el cuero cabelludo hacia delante.

El **orbicular del ojo** controla los párpados y el perímetro de la órbita del ojo.

La **porción alar del nasal** controla la dilatación de los orificios nasales.

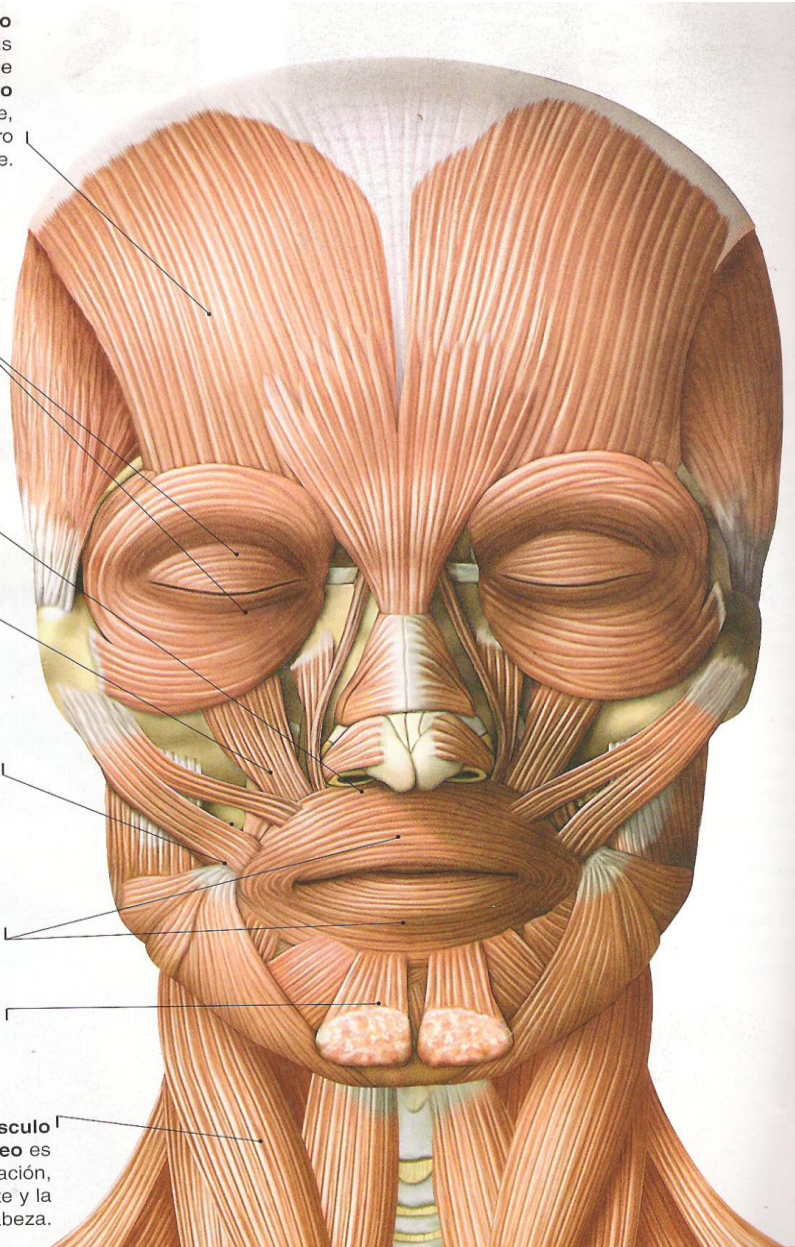
elevador nasolabial

El origen de los **músculos zigomáticos** es el hueso de la mandíbula.

El **orbicular de la boca** cierra la boca y es la inserción de varios otros músculos faciales en las comisuras.

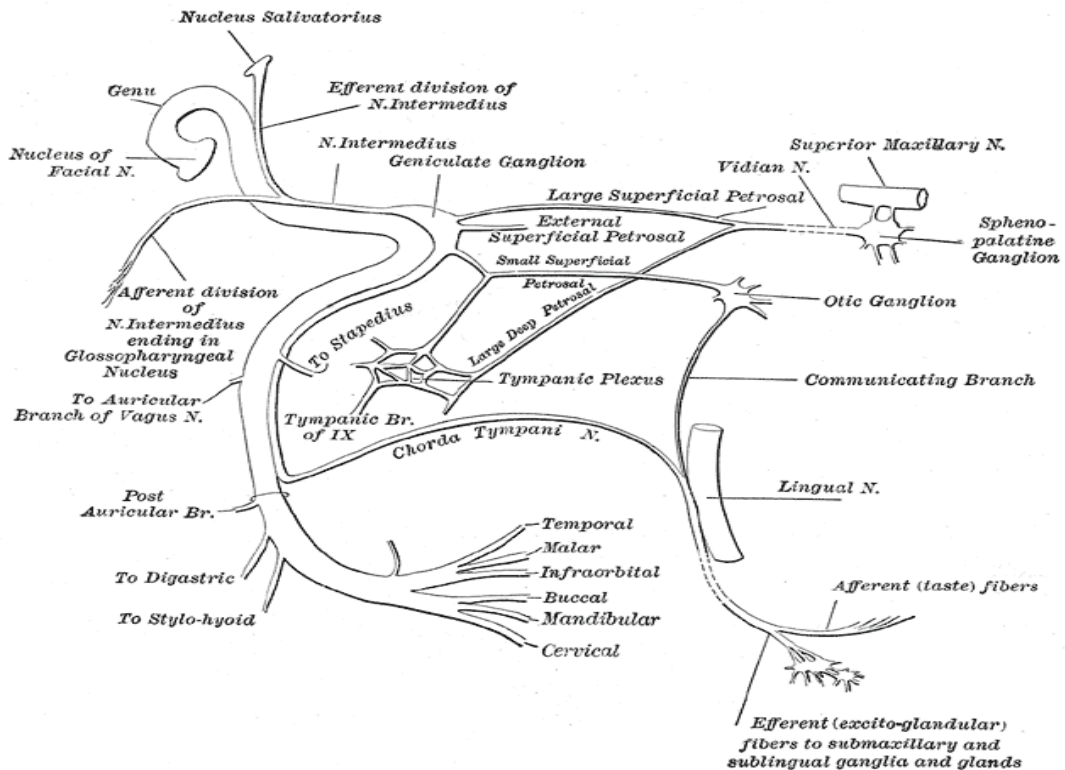
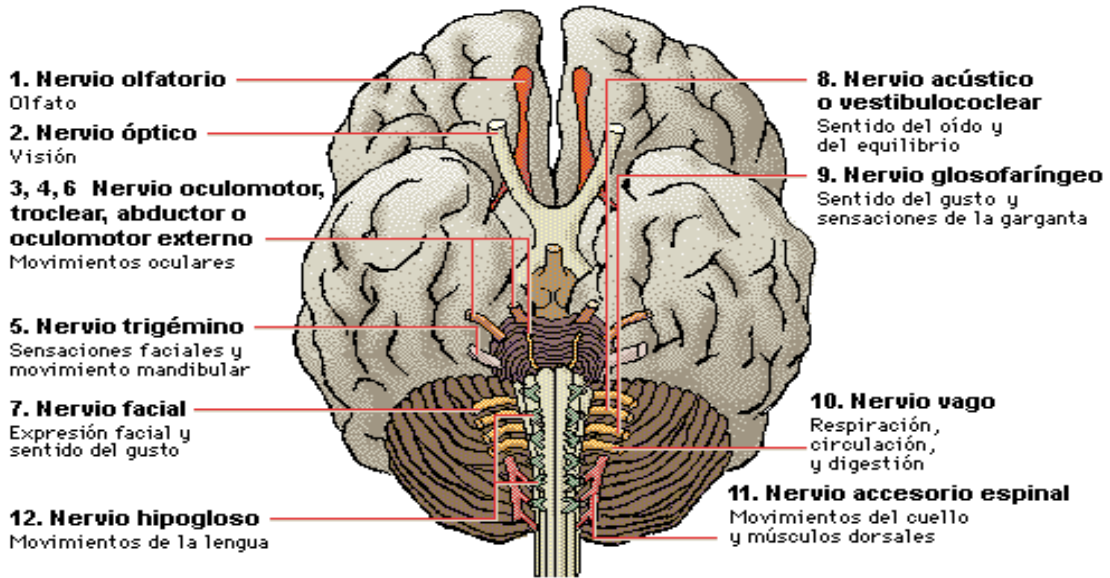
El **elevador del labio inferior** hace que el labio inferior salga y arruga la piel del mentón.

El **músculo esternocleidomastoideo** es responsable de la rotación, la flexión hacia delante y la inclinación lateral de la cabeza.



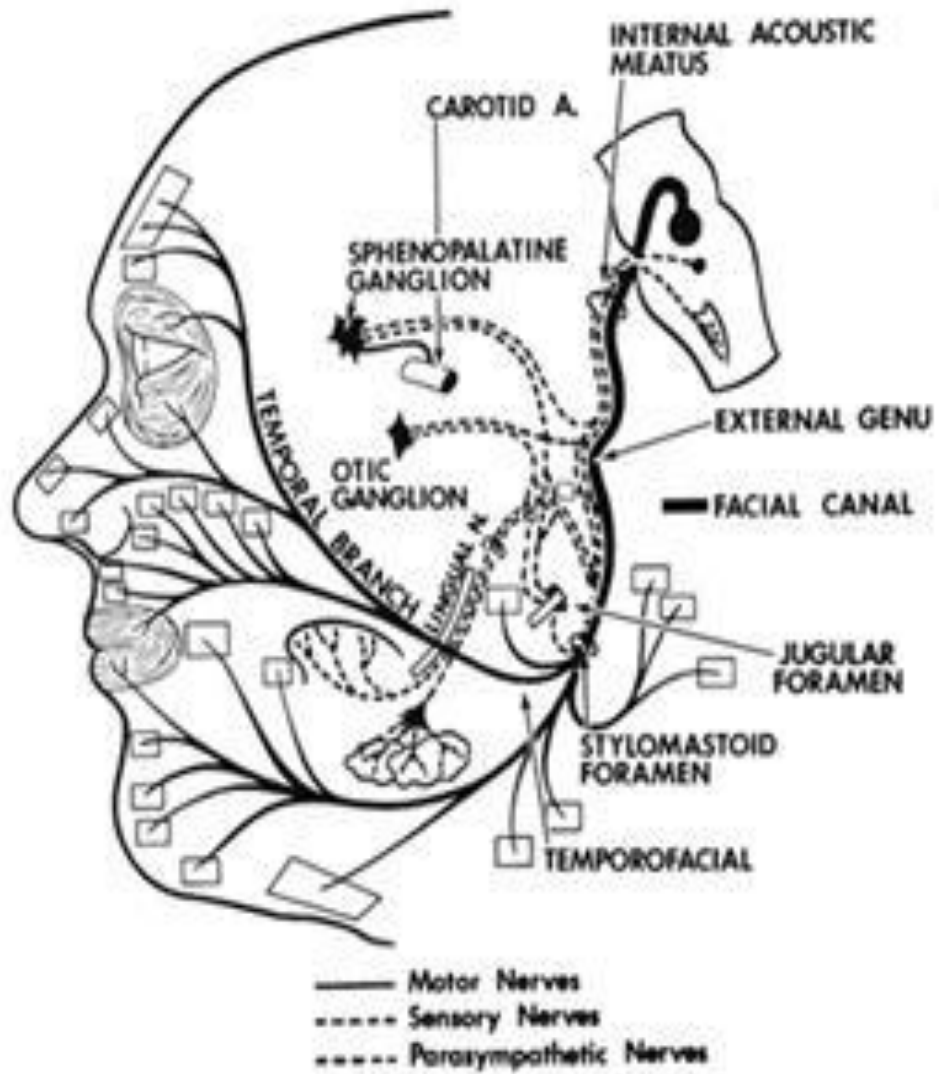
ANEXO Nº 4

ORIGEN Y RECORRIDO DEL NERVO FACIAL



ANEXO Nº 5

INERVACION DEL NERVIO FACIAL



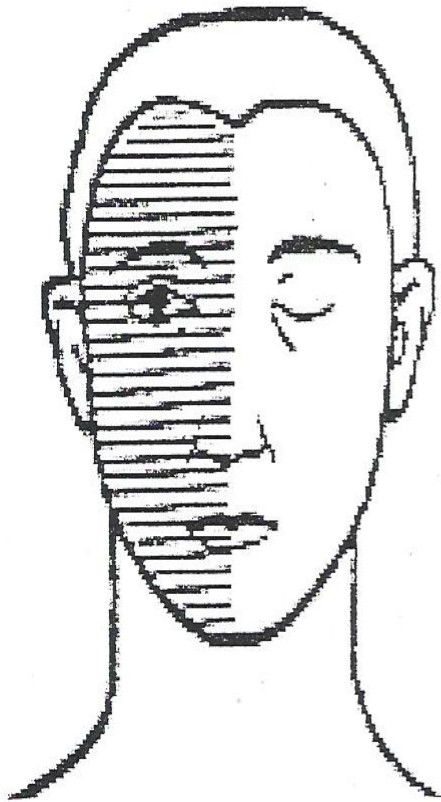
ANEXO Nº 6

SECUELA DE LA PARÁLISIS FACIAL



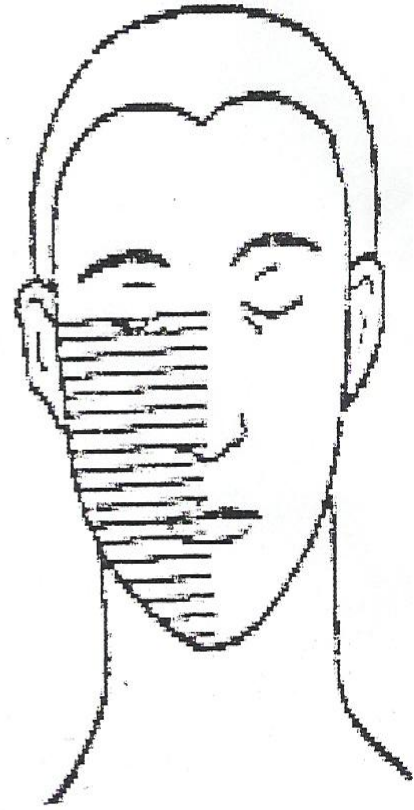
ANEXO Nº 7

ROSTROS DIFERENCIALES DE LA PARÁLISIS FACIAL



A

Parálisis Periférica

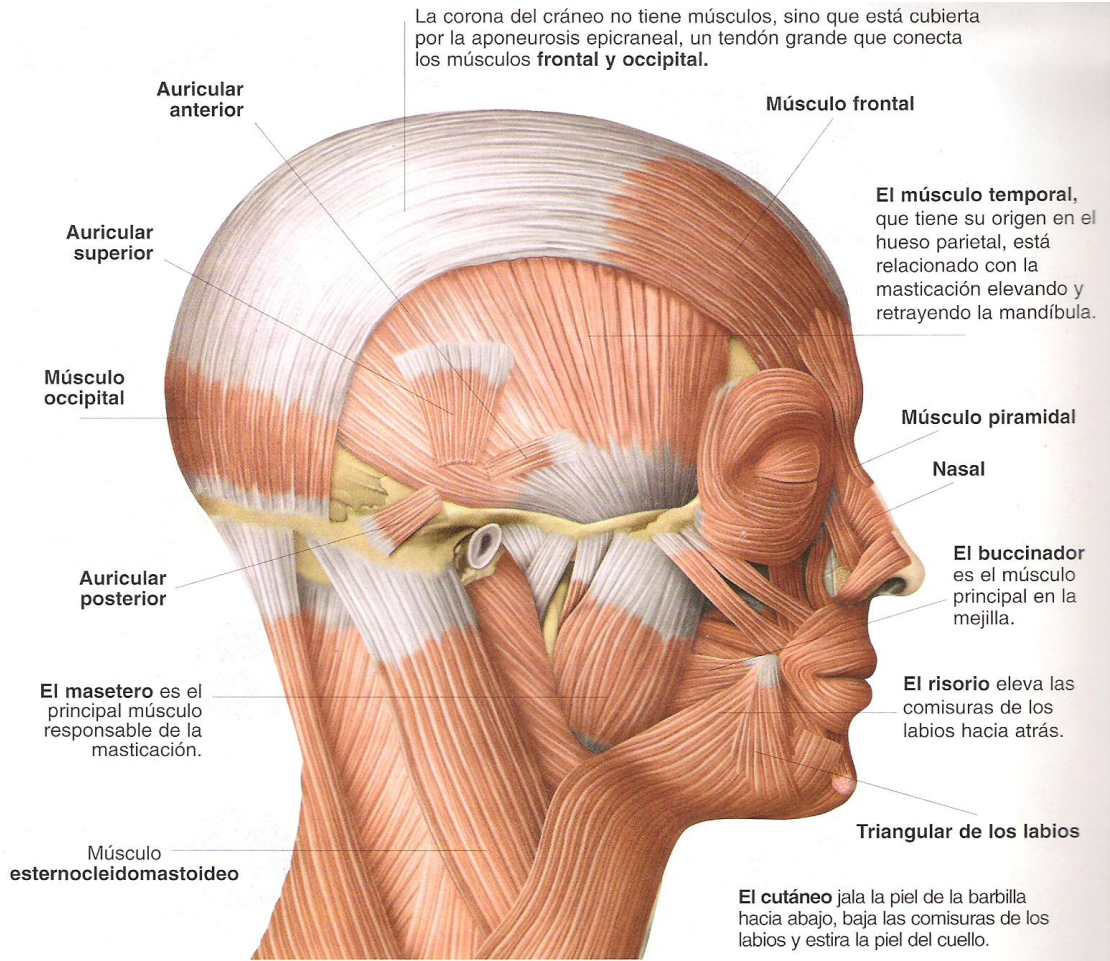


B

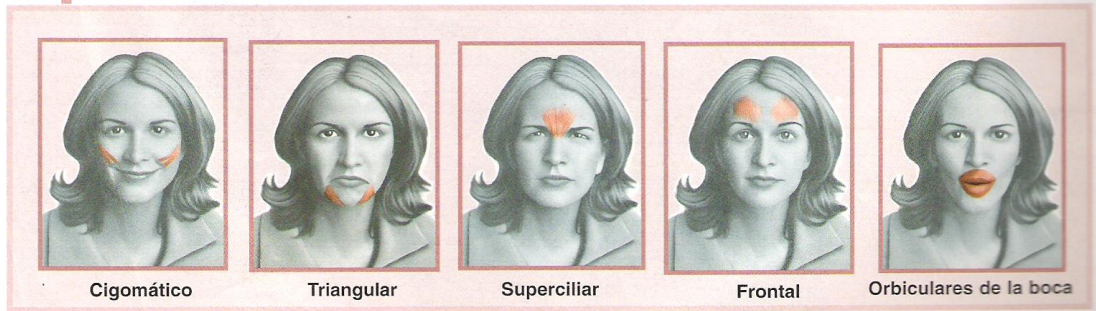
Parálisis Central

ANEXO Nº 8

EXPLORACION DE LOS MÚSCULOS FACIALES



Expresiones faciales



ANEXO Nº 9

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



OBJETIVO: Identificar el grado de depresión que adolecen los pacientes con parálisis facial

ESCALA DE LA DEPRESIÓN DE MONTGOMERY - ASBERG

1- Tristeza aparente

El paciente presenta abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gusto y la expresión mímica. Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animados.

0. No tristeza

1.

2. Parece desanimado, pero se anima fácilmente.

3.

4. Parece triste o infeliz la mayor parte del tiempo

5.

6. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido.

2- Tristeza expresada

El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de que lo exprese por su apariencia o no. Incluye ánimo bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo. Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración, e influenciabilidad del humor por las circunstancias.

0. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales.

1.

2. Tristeza que sede (desanimado) sin dificultad

3.

4. Sentimiento de tristeza o abatimiento profundo pero el humor es todavía ligeramente influenciado por las circunstancias externas.
- 5.
6. continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia

3- Tensión Interior

El paciente expresa sentimiento de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia. Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia o duración de la tranquilidad perdida.

0. Placidez aparente. Solo manifiesta tensión interna
- 1.
2. Ocasionales sentimientos de nerviosismo y malestar indefinido
- 3.
4. continuos sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar pero con dificultad.
- 5.
6. Angustia o temor no mitigado, pánico abrumador.

4- Sueño Reducido

El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a como duerme cuando se encuentra bien.

0. sueño como los normales
- 1.
2. leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero
- 3.
4. sueño reducido o interrumpido al menos durante dos horas
- 5.
6. menos de 2 o 3 horas de sueño

5- Disminución del apetito

El paciente expresa una reducción del apetito en comparación cuando se encuentra bien. Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.

0. apetito normal o aumentado
- 1.
2. apetito ligeramente disminuido
- 3.
4. No apetito, los alimentos saben mal

- 5.
6. Necesidad de persuasión para comer

6- Dificultades de concentración

El paciente expresa dificultad para mantener su propio pensamiento o para concentrarse. Evalúese de acuerdo con la intensidad, y grado de la incapacidad producida.

0. Ninguna dificultad de concentración
- 1.
2. Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos
- 3.
4. Dificultades en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer.
- 5.
6. incapacidad para leer o conversar sin gran dificultad.

7- Laxitud Abulia

El paciente expresa o presenta una dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias:

0. apenas dificultades para iniciar las tareas, no inactividad
- 1.
2. Dificultad para iniciar actividades
- 3.
4. Dificultad para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevado a cabo.
- 5.
6. Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda.

8- Incapacidad para sentir

El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente producían placer. Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.

0. Interés normal por las cosas y la gente
- 1.
2. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales

- 3.
4. Perdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos
- 5.
6. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, ansioso, con incapacidad para sentir placer o desagrado y con una falta absoluta y/o dolorosa perdida de sentimientos hacia parientes y amigos.

9- Pensamientos pesimistas

El paciente expresa pensamiento de culpa, autorreproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruinas, ideas de pecado.

0. No pensamientos pesimistas
- 1.
2. Ideas fluctuantes de fallos, autorreproches o autodepreciaciones
- 3.
4. Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo
- 5.
6. ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable. Auto acusaciones absurdas e irreducibles.

10-Ideación suicida

El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes suicidas.

0. Se alegra de vivir. Toma la vida como viene
- 1.
2. Cansado de vivir, ideas suicidas fugaces
- 3.
4. Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas frecuentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención
- 5.
6. Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad. Activa preparación para el suicidio.

ANEXO Nº 10

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



GUIA DE OBSERVACIÓN Y EVALUACIÓN A PACIENTES CON PARÁLISIS FACIAL QUE PRESENTAN TRASTORNOS DEPRESIVOS.

OBJETIVO: Observar las actitudes conductuales del paciente con parálisis facial que presenta trastornos depresivos, al inicio y al final del tratamiento.

Nombre:

Edad:

Sexo:

Diagnostico:

Ocupación:

Características a observar

- Estado anímico: como actividades de

Triste Alegre Optimista Deprimido

Ansiedad Tranquilo Furioso Raro

Angustia Paciencia

- Aspecto de Estética: actividades como

Peinado(a) Despeinado(a) Limpio(a) Sucio(a)

Maquillada No maquillada Ordenado(a) Desordenado(a)

- Aspecto de Alimentación: actividades como

Sonreír Serio(a) Masticar No masticar

Succionar No succionar

- Aspecto de fonación

Pronunciar vocales en diferentes tonos

Bajo Moderado Alto

- Dinámicos: para socializar y recrear

Individuales como actividades de:

- a) En una mesa colocar fresquito y con una pajilla sostenida con los labios.
- b) Vaso con agua, con una pajilla hacer burbujas
- c) Soplar una vela.

Grupales se pondrá en práctica la expresión – conversación

- a) Juego de la papa caliente (pasarla de una persona a otra)
- b) Concurso de poesía
- c) Concurso de canto
- d) Adivinanzas, refranes, chiste
- e) Concurso de trabalenguas
- f) Caminatas a un bosque para compartir experiencias

Actividades de trabajo. Manualidades
Actividades vocacionales como educación
Conferencia Relaciones Humanas

ANEXO Nº 11
DINAMICA DEL ESPEJO



ANEXO Nº 12

DINAMICA DE INTEGRACIÓN



ANEXO N° 13

JUEGO DEL VIUDO



ANEXO Nº 14

DINAMICA DE PARTICIPACIÓN



ANEXO Nº 15

DINAMICA DE SOCIALIZACIÓN



Juego de La víbora de la mar

ANEXO Nº 16

DINAMICA DE INTEGRACIÓN



ANEXO Nº 17

CLAUSURA DE LA EJECUCIÓN

