



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL**

**TÍTULO DE:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA:**

**“DEPRESIÓN EN ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. COMUNIDAD SAN JOSÉ. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.”**

**AUTOR:**

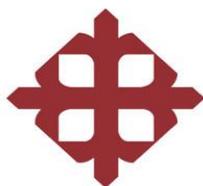
**MD. YÉSSICA MARIÚXI ZAMBRANO MENDOZA**

**DIRECTOR:**

**DR. LUIS ROBERTO MEDEROS MESA**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**

**2018**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el/la *Md. Yéssica Mariúxi Zambrano Mendoza*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil a los 14 días del mes de diciembre año 2018.

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

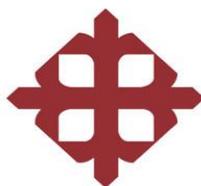
---

Dr. Luis Roberto Mederos Mesa

**DIRECTOR DEL PROGRAMA**

---

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

***YO, Yéssica Mariúxi Zambrano Mendoza***

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Investigación “*Depresión en adultos de 20 a 64 años y funcionamiento familiar. Comunidad San José. Centro de salud Anidado de Daule. Año 2018.*”, previo a la obtención del Título de Especialista , ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

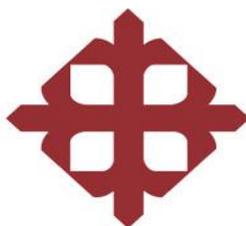
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 14 días del mes de diciembre año 2018.

**EL AUTOR**

---

Md. Yéssica Mariúxi Zambrano Mendoza



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN:**

***Yo, Yéssica Mariúxi Zambrano Mendoza***

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de Especialización titulado: *“Depresión en adultos de 20 a 64 años y funcionamiento familiar. Comunidad San José. Centro de salud Anidado de Daule. Año 2018.”*, cuyo contenido , ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los *14 días del mes de diciembre año 2018*

**EL AUTOR:**

---

Md. Yéssica Mariúxi Zambrano Mendoza

## Urkund Analysis Result

Analysed Document: YESSICA MARIUXI ZAMBRANO MENDOZA.doc (D45518847)  
Submitted: 12/11/2018 5:19:00 AM  
Submitted By: yemazame@hotmail.com  
Significance: 1 %

### Sources included in the report:

<https://psicsuayed2016.wordpress.com/2016/11/06/antecedentes-historicos-de-la-depresion/>  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n1/a19v31n1.pdf>

### Instances where selected sources appear:

4

## **1 Agradecimiento**

Agradezco a Dios, por ser mí guía constante, a mis padres y mi hijo por darme fuerza siempre para llegar a conseguir mis propósitos, a cada familia objeto de estudio que me abrieron las puertas de su hogar para ser posible el presente estudio.

## **2 Dedicatoria**

Este trabajo va dedicado a Dios, porque es mi guía ante todo lo que hago, a mis padres que son los seres que siempre están a mi lado fomentándome bases y son mi apoyo incondicional y además son mi ejemplo a seguir. A mi hijo amado que es mi vida y quien me da la fortaleza para seguir adelante. Y a las personas objeto de estudio que sin pedir nada a cambio fueron participes de esta investigación.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. \_\_\_\_\_

**LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO**

DIRECTOR DEL POSGRADO

f. \_\_\_\_\_

**ARANDA CANOSA, SANNY**

COORDINADORA DOCENTE

f. \_\_\_\_\_

**BATISTA PEREDA, YUBEL**

OPONENTE

 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL		 escuela de graduados Comisión de la Salud Universidad Católica de Guayaquil				
<b>SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD</b> <b>ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA</b> <b>II COHORTE</b> <b>TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN</b>						
TEMA: "DEPRESIÓN EN ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. COMUNIDAD SAN JOSÉ. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018"						
ALUMNO: YÉSSICA MARIUXI ZAMBRANO MENDOZA						
FECHA:						
No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
<b>NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN</b>						
Observaciones:						
Lo certifico,						
DR. XAVIER LANDIVAR VARAS DIRECTOR DEL POSGRADO MFC TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN			DR. YUBEL BATISTA PEREDA Oponente TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN			DRA. SANNY ARANDA CANOSA COORDINADORA DOCENTE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

### 3 ÍNDICE GENERAL

1 AGRADECIMIENTO .....	VI
2 DEDICATORIA .....	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN .....	VII
CALIFICACIÓN .....	IX
3 ÍNDICE DE GENERAL .....	X
4 ÍNDICE DE TABLAS .....	XII
5 ÍNDICE DE ANEXOS .....	XIV
6 RESUMEN .....	XV
7 ABSTRACT .....	XVI
8 INTRODUCCIÓN .....	2
9 EL PROBLEMA .....	6
9.1 Identificación, valoración y planteamiento .....	6
9.2 FORMULACIÓN .....	7
10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS .....	8
10.1 OBJETIVO GENERAL .....	8
10.2 OBJETIVO ESPECÍFICO .....	8
11 MARCO TEÓRICO .....	9
11.1.1 CONTEXTO HISTÓRICO DE DEPRESIÓN .....	9
11.1.2 DEFINICIONES DE DEPRESIÓN .....	10
11.2 APROXIMACIÓN DE DEFINICIONES DE FAMILIA .....	11
11.3 DEFINICIONES DE LAS FUNCIONES BÁSICAS DE LA FAMILIA .....	12
11.4 CONCEPTUALIZACIONES DE ADULTO .....	12
11.5 DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD .....	13
11.6 ORIGEN DE DEPRESIÓN .....	14
11.6.1 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL EPISODIO DEPRESIVO .....	16
11.6.2 CLASIFICACIÓN DE LOS EPISODIOS DEPRESIVOS RECURRENTES .....	17
11.6.3 FACTORES DE RIESGOS DE LA DEPRESIÓN .....	18
11.6.3.1 FACTORES DE RIESGO PERSONALES DE DEPRESIÓN .....	18
11.6.3.2 FACTORES DE RIESGOS FAMILIARES Y SOCIALES .....	18
11.6.3.3 FACTORES COGNOSCITIVOS .....	19
11.6.3.4 FACTORES GENÉTICOS .....	19
11.6.4 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN .....	19
11.6.4.1 CRITERIOS DE GRAVEDAD .....	20
11.6.4.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SIGNOS Y SÍNTOMAS SUGIEREN DEPRESIÓN .....	22
11.6.5 ESCALA DE HAMILTON EN ESPAÑOL .....	23
11.7 FUNCIONES BÁSICAS DE LA FAMILIA .....	25

11.7.1 ESTRUCTURA DE LA FAMILIA Y CRISIS FAMILIARES.....	26
11.8 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.....	28
11.9 ADULTO.....	29
11.10 MARCO LEGAL.....	30
12 MÉTODOS.....	36
12.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	36
12.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	36
12.2.1 CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	36
12.2.2 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	37
12.2.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	39
12.2.4 TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	40
12.3 VARIABLES.....	41
12.3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	41
13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	44
14 CONCLUSIONES.....	50
15 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

## 4 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS SEGÚN SEXO Y EDAD. COMUNIDAD SAN JOSÉ. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AGOSTO 2018.....	44
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS, SEGÚN ESTADO CIVIL. COMUNIDAD SAN JOSÉ. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AGOSTO 2018.....	44
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS, SEGÚN SITUACIÓN LABORAL. COMUNIDAD SAN JOSÉ. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AGOSTO 2018.....	45
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. COMUNIDAD SAN JOSÉ. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AGOSTO 2018.....	45
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE FAMILIAS SEGÚN ONTOGENESIS. COMUNIDAD SAN JOSÉ. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AGOSTO 2018.....	46
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE FAMILIAS SEGÚN TAMAÑO. COMUNIDAD SAN JOSÉ. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AGOSTO 2018.....	46
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE FAMILIAS SEGÚN GENERACIONES. COMUNIDAD SAN JOSÉ. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AGOSTO 2018.....	47
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE FAMILIAS SEGÚN CRISIS TRANSITORIAS Y NO TRANSITORIAS). COMUNIDAD SAN JOSÉ. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AGOSTO 2018.....	47
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS, SEGÚN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL). COMUNIDAD SAN JOSÉ. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AGOSTO 2018.....	48

TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS, SEGÚN LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN (ESCALA DE HAMILTON). COMUNIDAD SAN JOSÉ. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AGOSTO 2018.....49

## 5 ÍNDICE DE ANEXO

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	57
ANEXO 2: ENCUESTA SOBRE SOCIODEMOGRAFIA COMPOSICIÓN Y CRISIS .....	58
ANEXO 3: ESCALA DE HAMILTON.....	62
ANEXO 4: PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL ).....	68

## 6 Resumen

**Antecedentes:** La presencia de factores de riesgos personales, familiares y sociales predisponen la aparición de depresión y alteración en el funcionamiento familiar, siendo la principal causa a nivel mundial de discapacidad, las cifras en Ecuador el 4,6 personas, la ocurrencia de estos casos no siempre es comunicada por lo que provoca repercusiones en el funcionamiento familiar. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, cuyo procesamiento fue recolectar información mediante encuesta elaborada por el autor de las características sociodemográficas, composición familiar, crisis transitorias, no transitorias de depresión con implementación de la escala de Hamilton y el funcionamiento familiar a través del FF-SIL en 120 adultos de 20 a 64 años en la Comunidad San José. Centro de salud anidado de Daule. **Resultados:** La población predominante de 50 a 59 años, femenina, de estado civil unión libre, de nivel de instrucción primaria, se autoidentifican mestizo, dentro de las crisis transitorias la presencia de hijos adolescentes, crisis no transitorias regreso al hogar, abandono, condición o enfermedad, infidelidad. Se identificó que los adultos se encuentran dentro de familias funcionales y la mayoría no presentan depresión **Conclusiones:** Los adultos se encuentran en la quinta década de vida, la composición y crisis de las familias tanto transitorias: hijos adolescentes como no transitorias abandono, infidelidad, regreso al hogar, pérdida de trabajo, que determinan la aparición del estado depresivo. La familia funcional predomina, seguida de la moderadamente funcional. Menos de la mitad de la población estudiada se encuentra deprimida, predominando la depresión leve.

**PALABRAS CLAVES:** DEPRESIÓN, ADULTO, FAMILIA EXTENDIDA, ADOLESCENTE, ENFERMEDAD.

## 7 Abstract

**Background:** The presence of personal, family and social risk factors predispose the appearance of depression and alteration in family functioning, being the main cause worldwide disability, the figures in Ecuador 4.6 people, the occurrence of these cases It is not always communicated, which causes repercussions on family functioning. **Materials and Methods:** An observational, prospective, cross-sectional and descriptive study was carried out, whose processing was to collect information through a survey prepared by the author of sociodemographic characteristics, family composition, transitory, non-transitory crisis of depression with implementation of the Hamilton scale and family functioning through the FF-SIL in 120 adults aged 20 to 64 years in the San José Community. Daule health center nested. **Results:** The predominant population of 50 to 59 years old, female, of civil union, of primary education level, self-identify mestizo, within the transitory crises the presence of adolescent children, non-transitory crises, return home, abandonment, or illness, infidelity. It was identified that adults are within functional families and most do not present depression **Conclusions:** Adults are in the fifth decade of life, the composition and crisis of transient families: adolescent and non-transitory children abandonment, infidelity, return at home, loss of work, which determine the onset of the depressive state. The functional family predominates, followed by the moderately functional family. Less than half of the population studied is depressed, with mild depression predominating.

**KEYWORDS:** DEPRESSION, ADULT, EXTENDED FAMILY, ADOLESCENT, ILLNESS

## 8 INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente, según la Organización Mundial de la Salud afecta a 300 millones de personas en el mundo, siendo la principal causa a nivel mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad, afectando más a la mujer que al hombre, que puede llevar al suicidio, habiendo tratamientos eficaces para esta patología, puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares (1).

Se estima que en la Región de las Américas 50 millones de personas viven con depresión en el 2015, alrededor de un 5% de la población, por lo cual 7 de cada 10 personas con depresión no reciben el tratamiento que necesitan, no discrimina por edad, raza o historia personal, la falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impide que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas. 10 de octubre es considerado como el día mundial de salud mental (2).

La Organización Mundial de la Salud define la depresión como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva, cuando es leve se trata sin medicamento, cuando es moderada o grave se trata con medicamentos y psicoterapia profesional, puede ser diagnosticada de manera fiable y tratada de la atención primaria de salud por médico no especialista (3).

Esta enfermedad presenta una prevalencia puntual distintivamente mayor en mujeres que en hombres (en todos los grupos etarios). Esta diferencia es atribuible a los efectos conjuntos de vulnerabilidades biológicas y experiencias ambientales. Las

mujeres son uno de los subgrupos poblacionales de mayor riesgo, por motivo de especial prevalencia de determinados problemas de salud mental, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, demencias (asociadas en este último supuesto, a una mayor esperanza de vida), cuando han podido ser víctima de la violencia, articulando actuaciones integradas en relación con las situaciones de estrés postraumático asociadas a los malos tratos (4).

El informe entregado por la organización mundial de la salud, Ecuador se encuentra en el undécimo puesto de países con personas que padecen esta patología con el 4,6 por ciento en mujeres y en los hombres el 2.6 % y el décimo por desórdenes de ansiedad, el cual puede perjudicar las relaciones, interferir con la capacidad de las personas para ganarse la vida y reducir su sentido de autoestima (5).

En la Provincia del Guayas, Martha Segarra Psicóloga del Distrito 4 de la Zona 8 de Salud, indicó que este mal es la primera causa de problemas de salud y discapacidad por lo cual los casos que llegan a los centros de salud van en aumento, ante estos casos, el MSP tiene la línea 171 para sacar citas en la opción 1 y asesoría en temas de salud mental en la 2, Segarra sostuvo que lo importante es aprender a reconocer síntomas como fatiga, pérdida de energía, irritabilidad, aumento o disminución del apetito, necesidad de dormir más o menos de lo normal, ansiedad, disminución de la concentración, sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza, y pensamientos de autolesión o suicidio, dependiendo del caso, puede ser derivado a psiquiatría. Entre las causas de la depresión de quienes han llegado al distrito 4 constan: violencia intrafamiliar, baja autoestima, hogar disfuncional (6).

De acuerdo al número, frecuencia y severidad de los síntomas, la depresión puede clasificarse como leve, moderada o grave. En la medida de su severidad, la persona encontrará mayores dificultades para continuar con sus actividades sociales, laborales o domésticas. (4), esta entidad aumenta en consideración de su prevalencia, afectación de la calidad de vida del paciente, la marcada discapacidad que produce, su repercusión sobre la estructura familiar y social y el incremento en el uso de los servicios de salud. (7)

Las personas con depresión presentan tasas elevadas de comorbilidad y mortalidad. La asociación entre depresión y enfermedades físicas y mentales, así como con el abuso de sustancias y conducta suicida es considerable. La relación de estas patologías y la depresión es compleja, ya que la depresión predispone a su padecimiento y al mismo tiempo la presencia de las mismas incrementa la probabilidad de tener depresión (7)

Dada las situaciones que se presentan a diario no todas las personas son capaces de asimilar los problemas o emociones que se presentan, por lo cual esta patología es el resultado de interacciones complejas entre los factores sociales, psicológicos y biológicos, que pueden generar situaciones de estrés, disfunción, por lo que empeora la situación vital de la persona. Es así que ante diversas experiencias de la vida cotidiana (por ejemplo, la pérdida de un trabajo, problemas familiares o de pareja, la muerte de un ser querido, etc.) la depresión se configura como un trastorno cuando estos sentimientos se extienden en el tiempo (como mínimo 2 semanas o más) volviéndose crónicos o recurrente e interfiriendo con la habilidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria. (6)

La familia como célula fundamental de la sociedad, importantísima forma de organización de la vida cotidiana personal, fundada en la unión matrimonial y en los lazos de parentesco; en las relaciones multilaterales entre el esposo y la esposa, los padres y sus hijos, los hermanos y las hermanas, y otros parientes que viven juntos y administran en común la economía doméstica. Esta, con sus principios y regularidades que la rigen en toda sociedad y a través de todas las épocas, no escapa al análisis sistémico como conjunto compuesto por individualidades interactuantes, por una finalidad, en un medio determinado (8).

El episodio depresivo incluye episodios únicos de depresión: Psicógena, reactiva, depresiva. Y se asocia a trastornos de la conducta, trastorno de adaptación y trastorno depresivo recurrente. Por lo cual el episodio depresivo se va a clasificar en leve moderado o grave, el paciente sufre decaimiento del ánimo (4). La entrevista clínica es el procedimiento esencial para diagnóstico de la depresión, para ello la existencia de diferentes factores que afectan el desarrollo curso y gravedad de esta patología se

recomienda evaluar las siguientes áreas: características del episodio depresivo: duración, numero.

El funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que se estable en el interior de cada familia y que le dan identidad propia; para muchos autores para evaluar el funcionamiento familiar se tiene que tener en cuenta varios criterios: el cumplimiento de las funciones básicas, la dinámica de las relaciones internas y la capacidad de afrontamiento a las crisis. La función familiar comprende las actividades que de forma cotidiana realiza la familia, se clasifica en función: biosocial, económica educativa –cultural, cohabitar con la familia es poner en práctica un conjunto de estrategias que pueden favorecer la dinámica de las relaciones internas, para evaluar esta dinámica se debe de tener en cuenta estos indicadores: cohesión, adaptabilidad, afectividad, permeabilidad, armonía, comunicación, roles (8,9)

El propósito de este estudio es establecer como la depresión se relaciona con las funciones básicas de la familia específicamente en adultos de 20 a 64 años de edad y de esta manera identificar los elementos que podrían guiar el médico de la atención primaria de salud hacia el diagnóstico y posibles causas de los trastornos, así como identificar a la población de riesgo para apuntar a la prevención mediante técnicas acordes a ese grupo etario.

En la Comunidad San José de Daule se caracteriza por un alto de índice de pacientes que padecen de depresión siendo sus principales causas: nivel económico bajo, separación de los conyugues, drogadicción, siendo afectados en su mayoría las mujeres que los hombres, en edad adulta, Es por ello que el presente estudio se basó en estas causas y las consecuencias que acarrea al afectar las relaciones básicas de la familia.

## **9 EL PROBLEMA**

### **9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento**

En el Análisis Situacional Integral de Salud del año 2016 la depresión constituyó uno de los principales problemas de salud encontrados en la población atendida por el consultorio médico 4 del Centro de Salud Anidado de Daule. En el transcurso del trabajo realizado en el centro de salud se ha identificado que los casos de esta enfermedad siguen ascenso en todos los grupos de edad.

En la Comunidad San José ubicada en el cantón Daule, también se han diagnosticado casos de depresión. Al centro de atención acude gran parte de la población adulta de 20 a 64 años del sector, por lo que es seleccionado para llevar a cabo la investigación.

Dentro del Cantón Daule existen además, gran variedad de factores sociales como bajo nivel educativo y económico, personas con historia familiar de depresión, desempleo, eventos vitales estresantes, violencia y maltrato. Una vez identificados estos problemas y su relación con el funcionamiento familiar en esta comunidad, es imprescindible por parte de la atención primaria de salud realizar un seguimiento de estos pacientes con estados depresivos que sean dirigidos a las personas de 20-64 años, con el fin de disminuir esta entidad nosológica y evitar repercusiones que pueden llevar al suicidio. La depresión afecta las funciones básicas de la familia sobre todo en el entorno familiar, es allí donde recurrimos todos los individuos para satisfacer nuestras necesidades de seguridad física y emocional, salud y bienestar, es así que un bajo nivel de afecto por parte de los padres sobre todo de la madre, acompañado de un alto control, puede predisponer a la aparición de cuadros depresivos.

Con lo expresado anteriormente, en la presente investigación se buscó identificar la

depresión y relación con el funcionamiento familiar, para lo cual se seleccionan los adultos de 20-64 años, pertenecientes a la Comunidad San José del Cantón Daule.

## **9.2 Formulación**

¿Cuál es el nivel de depresión en adultos de 20 a 64 años con presunto diagnóstico de esta patología en la Comunidad San José centro de salud Anidado de Daule?

## **10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **10.1 General**

Caracterizar la depresión en adultos de 20 a 64 años y funcionamiento familiar en los hogares de la comunidad San José del centro de salud anidado de Daule en el año 2018.

### **10.2 Específicos**

Caracterizar según variables sociodemográficas la población de estudio.

Describir las familias según su composición y crisis que presentan.

Identificar el funcionamiento familiar en la población de estudio.

Determinar en los adultos de 20 a 64 años la presencia de depresión.

## 11 MARCO TEÓRICO

### 11.1 Contexto histórico de depresión.

Un estudio realizado en México por Luz De Lourdes Eguiluz Romo, Mónica Ayala Mira, Facultad de Estudios superiores Iztacala Universidad Nacional Autónoma de México, fue conocer sobre “Relación entre ideación suicida, depresión y Funcionamiento familiar en adolescentes. La muestra estuvo formada por 292 alumnos de secundaria, con edades comprendidas entre 12 y 15 años. Los instrumentos aplicados fueron: Inventario de Depresión de Beck (1976), Escala de Ideación Suicida de Beck, Kovacs y Weissman (1979) y Escala de Funcionamiento Familiar de Atri y Zetune (2006). El diseño fue transversal correlacional, en un grupo con tres mediciones, en un solo momento. Se encontró una correlación positiva entre ideación suicida y depresión, y entre depresión e involucramiento afectivo funcional. No se encontró correlación entre patrones de comunicación disfuncionales con depresión e ideación suicida, respectivamente (10).

Otro estudio realizado en Chile sobre la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. La muestra estuvo constituida por 484 estudiantes de la Universidad Austral de Chile, seleccionados mediante un muestreo probabilístico por conglomerados, utilizando un diseño correlacional transversal. La validez de constructo se verificó mediante análisis factorial exploratorio, el que arrojó una estructura de tres factores, explicando el 49,99 % de la varianza total. La validez concurrente y divergente fue verificada con el BAI, BDI - II y SCL - 90 - R. Mediante Alpha de Cronbach se constató la adecuada confiabilidad y consistencia interna del DASS – 21 (11).

En el Ecuador un trabajo investigativo sobre Psicología Clínica y Psicopatología

Prevalencia de la depresión y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 específicamente trastornos del estado del ánimo realizado por la Dra Pamela Alexandra Gordón Montalvo. En el cual El objetivo fundamental es determinar la influencia y relevancia de la depresión en la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo dos.

Los elevados niveles de depresión pueden ocasionar baja adherencia terapéutica, así como la Disfuncionalidad familiar influye en este trastorno del ánimo. Se fundamenta en el enfoque cognitivo conductual con los postulados de Skinner y Beck quienes consideran que la depresión tiene un importante contenido cognitivo y un debilitamiento en las secuencias de conductas previamente reforzadas positivamente; tratado en dos capítulos: Depresión y diabetes mellitus tipo II y Adherencia al tratamiento. Investigación no experimental, transversal correlacional, a una muestra de diez y nueve personas adultos mayores, cuyos resultados refieren que los niveles de depresión entre moderada y severa ocasionan dificultad en la adherencia terapéutica, además de que la población en estudio presenta bajos niveles de funcionalidad familiar. Se recomienda enfocar la atención a los pacientes con enfermedades crónicas de forma integral tanto física como psicológica para la mejoría de la salud mental (12).

## **11.2 Definiciones de Depresión.**

Según la Organización Mundial de la Salud la define como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio o falta de concentración como un síndrome, esta patología puede llegar a ser crónica o recurrente interfiriendo en el desempeño de la escuela, trabajo y la capacidad para afrontar la vida, que puede llegar al suicidio. Este término procede del latín “depressio” forma sustantiva abstracta de “depressus” que significa deprimido (3,13).

Otras definiciones de depresión. El diccionario la define como un estado afectivo penoso, calmo y duradero, con un dolor que invade la conciencia, definición, muy larga que psicología intenta definir poniendo énfasis sobre un sentimiento de pérdida o de carencia que permite experimentar un estado de abatimiento con enlentecimiento del área psicomotora. La depresión es un problema de salud mental y física que refleja el miedo que reina entre la población ante adversidades cotidianas y el no saber cómo enfrentarlas (14).

Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un estado de tristeza, enlentecimiento físico e intelectual y falta de motivación, por lo cual se da una serie de ideas permisivas y de desesperanza, se altera el sueño (insomnio), apetito (por exceso o por defecto) y la capacidad de concentrarse. (15)

La depresión incluye la presencia de síntomas afectivos en la esfera de los sentimientos o emociones, aunque, en mayor o menor grado, siempre están presentes también síntomas de tipo cognitivo, volitivo, e incluso somático.

Definición de la Escala de Hamilton. Es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. (16)

### **11.3 Aproximación de definiciones de familia**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos definir la familia como “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y

aglutinan” (17).

Otra definición de Familia es la unión de personas que comparten un proyecto vital en común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, afectividad, reciprocidad y dependencia (18).

### **11.3.1 Definiciones de las funciones básicas de la familia**

Las funciones básicas de la familia conforme a la literatura de Alvarés Sintés es: biosocial, económica, educativa- cultural (8).

**Función biosocial:** La familia cumple la función de reproducción, ya que en ella se gesta la necesidad de la descendencia y se crean las condiciones para el desarrollo físico, psicológico y social de sus integrantes. La conducta reproductora a escala familiar incide en los indicadores demográficos de la sociedad, tales como densidad poblacional, fecundidad y natalidad.

**Función económica:** Se ejerce por medio de la realización de actividades para garantizar la integridad de los miembros. Incluye la obtención y administración de los recursos, tanto monetarios como bienes de consumo, la satisfacción de necesidades básicas, tanto por la vía de abastecimiento como el mantenimiento

**Función educativo-cultural:** Se incluye bajo esta denominación la influencia que ejerce la familia en sus miembros, en todo el proceso de aprendizaje individual y en el propio desarrollo familiar. Es la función que produce el proceso de transmisión de experiencia histórico-social en la vida cotidiana.

### **11.4 Conceptualizaciones de adultos**

De acuerdo al modelo de atención integral de salud, el ciclo de vida dado por el

grupo etario de 20- 64 años son considerados adultos; de 20 a 39 años adulto Joven y de 40 a 64 años son considerados adulto. (19)

La edad adulta se relaciona con la etapa plena de desarrollo humano, en la cual el individuo se enfrenta a la sociedad con un nivel de responsabilidad en la formación de las nuevas generaciones, la traducción de valores ético-morales, la consecución y realización de los objetivos para el desarrollo integral de la sociedad, y la formación de la familia (20).

En la edad adulta el ser humano adquiere pleno dominio de sus emociones y sus afectos lo que le permite enfrentar los distintos problemas que se le presentan. Es la etapa en que hombres y mujeres forman una familia y se independizan plenamente de sus padres. Ello implica grandes responsabilidades, en especial relacionadas con la educación de sus hijos (21).

### **11.5 Descripción de la comunidad**

Este estudio se va a ser realizar en la Comunidad San José Centro de salud del Cantón Daule, Provincia del Guayas, con adultos de 20 a 64 años de edad, en el periodo agosto 2017- agosto 2018. El cantón Daule está ubicado en la parte central de la Provincia del Guayas, limita al Norte con el Cantón Santa Lucia, al Sur con el cantón Guayaquil, al este con los Cantones Urbina Jado, Samborondón y Guayaquil, al Oeste con los Cantones de Nobol y Lomas de sargentillo (22).

Daule se encuentra situada en una región de clima cálido y seco que corresponde al subtipo climático de sabana tropical. Cuenta con dos estaciones: Invierno (periodo lluvioso) y verano (periodo seco). La temporada de lluvias normales, se desarrolla entre los meses de diciembre y abril, la temporada seca entre mayo y noviembre. Hay variación estacional de los vientos, durante la estación de lluvias los vientos son muy variables, predominando vientos con dirección noreste y suroeste. El promedio anual

de temperatura del cantón Daule es de 26°C, la superficie es de 475 km<sup>2</sup>, tiene una población de 120,326 habitantes (22)

La población objeto de estudio se encuentra situada al sur del cantón Daule sus límites. Al norte Calle Rio Pula, este Área Rural (Rcto. Cascol), sur Avenida San Francisco y Calle Bucay, Oeste Calle Espinoza Rendón (22).

Dentro de los factores protectores en el entorno geográfico tenemos que el terreno es plano de poca altura, los bosques son secos, tropicales, la flora y fauna se encuentran bien protegidos y conservados. Este territorio cuenta con el Rio del mismo nombre que constituye el principal afluente en esta población (22).

El comercio de la zona está dado por la producción de cultivos de arroz y maíz, plantaciones de mango. El río Daule era la vía de comunicación más rápida y segura. Los productos agrícolas se los transportaba en balsas y canoas de todo tipo. Sus vías de acceso están asfaltadas y en buen estado, la cooperativa de bus que tiene como destino este cantón es: Señor de los Milagros, el viaje dura cuarenta y cinco minutos desde Guayaquil (22).

### **11.6 Origen de depresión.**

La depresión no es un trastorno reciente, la historia y la literatura indican que es tan antigua como el hombre, se afirma que el libro de Job es uno de los libros más antiguos conocidos. Este libro presenta a un personaje, que por las desgracias que le ocurrieron, es afectado de una fuerte depresión que la hace exclamar. "Al llegar la noche pienso: Cuando llegara el día? Y al llegar el día me pongo a desear: ¿Cuándo llegara la noche? Mis noches están llenas de inquietudes y mis días mueren sin esperanza (23).

En la edad antigua el comportamiento de los seres humanos fue observado y a los filósofos de esta época les toco determinar y tratar de brindar una explicación, es así

que Hipócrates uno de los filósofos de esta época abordó las situaciones emocionales, sostenía que esto se generaba de acuerdo a cuatro factores como era la sangre, bilis negra, bilis amarilla y flemas. En la edad media la mayor influencia era la religión aquí se menciona a Santo Tomás de Aquino que decía que la melancolía era producida por algún tipo de demonio. Posteriormente a través de la historia se menciona a Galeno que consideraba a la depresión como un estado de melancolía. Es así que a principio del XX el autor Kraepelin distingue el concepto de melancolía y manía, para poder así dar un sentido concreto en lo que hoy se conoce como trastorno depresivo.(24)

En la época de la revolución científica, al entrar el siglo XVII llega el momento de dejar a tras el modelo hipocrático de los humores. El médico inglés Thomas Willis propone una explicación de la melancolía basada ya en procesos químicos localizados en el cerebro y el corazón. Se avanza en aquella época en el conocimiento de la dolencia. En 1725, Richard Blackmore crea el término popular depresión, aunque tardara bastante tiempo en imponerse por completo se seguiría utilizando el nombre de melancolía (25).

A lo largo del siglo XIX iría evolucionando la comprensión del trastorno depresivo y sus mecanismos Freud y Emil Krapelin harían importante aportaciones a este término. Es así que el siglo XX va profundizándose en la comprensión de los mecanismos fisiológicos bioquímicos y farmacológicos relacionados con la depresión. Uno de los grandes triunfos fue el desarrollo de la teoría de las monoaminas, según la cual la depresión está relacionada con déficits de neurotransmisor serotonina en los espacios sinápticos interneuronales. En la actualidad la depresión se haya bien definida en el plano académico y clínico (25).

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es un trastorno mental y es la mayor causa de discapacidad en el mundo. De hecho, cada cuatro segundos, una persona se suicida por dicha causa (26).

En la actualidad se le otorga la denominación de episodio depresivo según la guía práctica clínica de Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos 2017.

### **11.6.1 Clasificación internacional del episodio depresivo.**

La depresión denominada hoy en día como episodio depresivo tiene una clasificación internacional citada de las Guía de práctica clínica 2017 se clasifica en:

- Episodio depresivo leve: Por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos. El paciente generalmente está tenso pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades. -Episodio depresivo moderado: Por lo común están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.

- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas “somáticos”. Episodio único sin síntomas psicóticos de depresión: - agitada - profunda – vital.

- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos: Episodio de depresión similar al anterior, pero con la aparición de alucinaciones, delirios, retraso psicomotor, o de un estupor tan grave que imposibilita las actividades sociales corrientes; puede generar riesgos para la vida del paciente, por suicidio o por efecto de la deshidratación o de la inanición. Las alucinaciones y los delirios pueden o no ser congruentes con el ánimo. Estos incluye; Episodios únicos de: depresión profunda con síntomas psicóticos, depresión psicótica, psicosis depresiva psicógena, psicosis depresiva reactiva (4, 27, 28).

El episodio depresivo incluye episodios únicos de Depresión psicogenia, depresión

reactiva, reacción depresiva y excluye, cuando se asocia con: trastornos de la conducta, trastorno de la adaptación, trastorno depresivo recurrente (4).

Trastorno depresivo recurrente: Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, como los descritos para el episodio depresivo, sin ninguna historia de otros episodios distintos en los que hubiera habido elevación del ánimo y aumento de la energía (manía).

El trastorno depresivo recurrente incluye episodios recurrentes de: Depresión psicógena, depresión reactiva, reacción depresiva, trastorno depresivo estacional y excluye; Episodios recurrentes depresivos breves.

### **11.6.2 Clasificación de los episodios depresivos recurrentes:**

Los episodios depresivos recurrentes se clasifican en:

- Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente: Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual leve, y sin antecedentes de manía.
- Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente: Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual de gravedad moderada, y sin antecedentes de manía.
- Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos: Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual grave y sin síntomas psicóticos, y sin antecedentes de manía. Estos incluye depresión endógena sin síntomas psicóticos, depresión profunda recurrente sin síntomas psicóticos depresión vital recurrente sin síntomas psicóticos psicosis maníaco depresiva de tipo depresivo sin síntomas psicóticos.

- Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos: Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual grave y con síntomas psicóticos y sin antecedentes de manía. Estos incluyen; depresión endógena con síntomas psicóticos episodios recurrentes graves de: - depresión profunda con síntomas psicótico - depresión psicótica - psicosis depresiva psicógena - psicosis depresiva reactiva - psicosis maníaco depresiva de tipo depresivo con síntomas psicóticos.

- Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión: El paciente ha sufrido dos o más episodios depresivos como los clasificados anteriormente, pero no tiene síntomas depresivos desde hace varios meses (4, 27, 28,29).

### **11.6.3 Factores de riesgos**

Los factores de riesgos relacionados con la depresión son: personales, familiares sociales cognoscitivos y genéticos.

#### **11.6.3.1 Factores de riesgo personales de depresión:**

Edad, estado civil, enfermedades crónicas, consumo de tabaco , embarazo, menopausia, trastorno de ansiedad, estrés crónico, eventos traumáticos o eventos vitales estresantes, rasgos neuróticos de personalidad, obesidad mórbida con Imc > 40 (4).

#### **11.6.3.2 Factores de riesgos familiares y sociales:**

Separación conyugal, viudez, dificultad económica familiar, fallecimiento de seres queridos, violencia intrafamiliar, desempleo, educación, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, experiencias de discriminación, ambiente y tensión laboral, inseguridad laboral, acoso laboral (4, 28,29).

### **11.6.3.3 Factores cognoscitivos**

Los que engloban en este grupo son: Esquemas negativos de pensamientos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, creencias disfuncionales, reactividad cognitiva negativa, estilos rumiativos de respuestas (4).

### **11.6.3.4 Factores genéticos:**

Dentro de estos están familiares de primer grado de consanguinidad con trastorno depresivo mayor, antecedentes familiares de depresión, polimorfismo del gen que codifica el transportador serotonina (4).

### **11.6.4 Criterios diagnósticos de depresión:**

- Criterios generales para episodio depresivo A;

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.

No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco en ningún periodo de la vida del individuo

- Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas B;

Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y persiste durante al menos dos semanas. Marcada

pérdida de los intereses o de la capacidad para disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Falta de vitalidad disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad (4, 27,28)

- Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4 C;

Pérdida de confianza y de la estimación de sí mismo, y sentimientos de inferioridad. Reproches desproporcionados hacia sí mismo y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.

Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio, o cualquier conducta suicida. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.

Cambios de

actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.

Cualquier tipo

de alteración del sueño.

Cambios en el

apetito (disminución o aumento), con la correspondiente modificación del peso (4, 28)

#### **11.6.4.1 Criterios de Gravedad.**

- Episodio depresivo leve

Están presentes los criterios generales, al menos dos síntomas del criterio B y uno o más de los síntomas del criterio C para que la suma total de síntomas sea al menos 4 (tabla 8). La persona con un episodio leve, probablemente, está apta para continuar la mayoría de sus actividades (4,28).

- Episodio depresivo moderado

Están presentes los criterios generales, al menos dos síntomas del criterio B y

síntomas adicionales del criterio C, hasta sumar un mínimo de seis síntomas en total. La persona con un episodio moderado, probablemente, tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias (4,28).

- Episodio depresivo grave (sin síntomas psicóticos)

Deben estar presentes los criterios generales, los tres síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de ocho síntomas en total. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes; en especial, la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son comunes las ideas y las acciones suicidas, y se presentan síntomas somáticos importantes (4,28).

- El episodio grave sin síntomas psicóticos

Incluye a episodios aislados de depresión mayor y depresión vital, pero excluye alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo (4,28).

- Episodio depresivo grave (con síntomas psicóticos)

Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave (4,28).

Los criterios son dos:

1.- ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia (es decir, ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondriaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio (4, 28,29).

2.-estupor depresivo. Si cumple cualquiera de los dos criterios más los criterios de episodio depresivo grave se denomina como episodio depresivo grave con síntomas

psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Los episodios depresivos graves con síntomas psicóticos pueden incluir a episodios aislados de depresión mayor con síntomas psicóticos, psicosis depresiva psicógena, depresión psicótica y psicosis depresiva reactiva (4, 28,29).

Los episodios depresivos también pueden acompañarse como un síndrome somático, el cual se caracteriza por:

Pérdida de interés o capacidad para disfrutar de actividades importantes que normalmente eran placenteras.

- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional.

- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual. -

Empeoramiento matutino del humor depresivo.

- Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas). -Pérdida

marcada de apetito. - Pérdida de

peso (5% o más del peso corporal del último mes). - Notable

disminución de la libido (4, 28, 29 ).

#### **11.6.4.2 El diagnóstico diferencial de signos y síntomas que sugieren depresión:**

- Patologías medicas: Endocrino/metabólicas: Patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia severa, enfermedad de Cushing, enfermedad de Adisson, Porfiria.

- Infecciosas: Tuberculosis, infección por virus del Epsteinbarr, Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sífilis terciaria

- Neurológicas: Enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de

Parkinson, ictus, epilepsia.

- Neoplasias: carcinomatosis, cáncer de páncreas.
- Otros: dolor crónico.

Trastornos mentales: Trastorno de angustia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar,

Distimia, trastornos adaptativos, síntomas negativos de la esquizofrenia, Consumo de tóxicos.

Medicamentos: Anticonvulsivantes, neurolépticos, estimulantes, anticonceptivos orales, Glucocorticoides sistémicos.

Consumo de drogas: Cocaína, pasta base de cocaína, anfetaminas, marihuana (4, 28,29 ).

### **11.6.5 Escala de Hamilton en español**

Es una escala heteroaplicada diseñada para medir los niveles de depresión donde se valora 17 parámetros los cuales los resultados dan una puntuación.

No depresión 0-7, leve 8-13, moderada 14-18, grave 19-22, muy grave 23.

Estos parámetros son:

1.- Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad):  
(tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)

2.- Sensación de culpabilidad

3.- Suicidio

- 4.- Insomnio precoz
- 5.- Insomnio medio
- 6.- Insomnio tardío
- 7.- Trabajo y actividades.
- 8.- Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)
- 9.-Agitación
10. Ansiedad psíquica
11. Ansiedad somática
12. Síntomas somáticos gastrointestinales
13. Síntomas somáticos en generales
14. Síntomas genitales
15. Hipocondría
16. Pérdida de peso (completar A o B)
  - A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)
    0. No hay pérdida de peso.
    1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.
    2. Pérdida de peso definida (según el enfermo).

B. Según pasaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)

0. Pérdida inferior a 500g en una semana.

1. Pérdida de peso de más de 500g en una semana.

2. Pérdida de peso de más de 1kg en una semana (por término medio)

17. Insight (conciencia de enfermedad) (4,16)

### **11.7 Funciones básicas de la familia**

La familia cumple importantes funciones para la sociedad y para el propio individuo por ello se clasifica en: biosocial, económica, educativa- cultural.

**Función biosocial.** La familia cumple la función de reproducción, ya que en ella se gesta la necesidad de la descendencia y se crean las condiciones para el desarrollo físico, psicológico y social de sus integrantes. La conducta reproductora a escala familiar incide en los indicadores demográficos de la sociedad, tales como densidad poblacional, fecundidad y natalidad.

**Función económica.** Se ejerce por medio de la realización de actividades para garantizar la integridad de los miembros. Incluye la obtención y administración de los recursos, tanto monetarios como bienes de consumo, la satisfacción de necesidades básicas, tanto por la vía de abastecimiento como el mantenimiento.

**Función educativo-cultural.** Se denomina así a la influencia que ejerce la familia en sus miembros, en todo el proceso de aprendizaje individual y en el propio desarrollo familiar. Es la función que produce el proceso de transmisión de experiencia histórico-social en la vida cotidiana. Es, también, la transmisión de valores ético-morales que se derivan de los principios, normas y regulaciones que se observan y se aprenden en la familia en el mundo de relaciones intra y extrafamiliares (30).

### **11.7.1 Estructura de la familia y crisis familiares.**

Por el número de miembros se clasifica en:

- Familia grande: más de 6 miembros.
- Familia mediana: entre 4 y 6 miembros.
- Familia pequeña: de 1 a 3 miembros

Por la ontogénesis de la familia:

- Familia nuclear: presencia de hasta dos generaciones padres e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos.
- Familia extensa o extendida: presencia de dos generaciones o más. Incluye hijos casados o en unión consensual con descendencia o sin ella.
- Familia mixta o ampliada: cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras; puede incluir otros parientes y amigos.

Se denomina familia multigeneracional aquella en la cual conviven más de dos generaciones como por ejemplo la trigeneracional y cuatrigeneracional. Si solo conviven dos generaciones es generacional.

Crisis familiar

Así mismo la familia presenta crisis las cuales son normativas y paranormativas.

Crisis normativas son:

- Matrimonio.
- Embarazo.

- Nacimiento del primer hijo.
- Entrada del primer hijo a una institución infantil escolar.
- Hijo adolescente.
- Jubilación. - Envejecimiento.
- Muerte del primer cónyuge

Las crisis paranormativas: son derivadas del enfrentamiento con acontecimientos o accidentales o situacionales y por el efecto que causan en la dinámica familiar. son por incremento desmembramiento, desmoralización, desorganización (30).

-Crisis por incremento: se refiere a la crisis que puede provocar acontecimientos tales como retorno al hogar de un hijo(a) divorciado(a), o cuando algún pariente que decide unirse al grupo familiar, abuelos, sobrinos, etc., y cuando se producen adopciones (30).

-Crisis por desmembramiento: se refiere a la crisis que provoca la muerte de un hijo(a) o del cónyuge antes del periodo esperado, hospitalización prolongada y separación por períodos largos. Ejemplos: misiones, trabajo o estudio fuera del país o ciudad (30).

-Crisis de desmoralización: se refiere a la vivencia de acontecimientos relacionados con los valores éticos y morales de la familia, y la transgresión de estos por alguno de sus miembros. Ejemplo: infidelidad, delincuencia, drogadicción y actos deshonrosos, entre otros (30).

-Crisis de desorganización: se refiere a la crisis que se genera a partir de que se presente en un miembro una condición de enfermedad grave, discapacidad e invalidez, el sufrimiento de un accidente y la infertilidad (30).

## **11.8 Funcionamiento familiar**

Es el conjunto de relaciones interpersonales que se estable en el interior de cada familia y que le dan identidad propia; determinar de manera precisa e inequívoca la forma en la que funcionan las familias es pretender, metafóricamente hablando, observar un árbol y en base a éste, procurar establecer la estructuración de toda la vegetación del planeta tierra (30).

Smilkstein y sus colaboradores, crearon una prueba para medir la percepción del funcionamiento familiar y sobre esa base trabajar un programa de intervención familiar (Ruiz, 1990) La prueba, denominada apgar familiar, consta de cinco reactivos que corresponden con las variantes siguientes:

1. Adaptabilidad: capacidad de utilizar los recursos familiares y comunitarios, para resolver situaciones de crisis.
2. Participación: capacidad de compartir los problemas y comunicarse con los demás, para explorar el modo de resolverlos.
3. Gradiente de desarrollo: capacidad de atravesar distintas etapas del ciclo vital en forma madura, pero que permita la individualización.
4. Afectividad: capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar emociones de afecto, amor, pena o rabia.
5. Resolución: capacidad de aplicar los elementos anteriores para compartir el tiempo, y los recursos espirituales y materiales de cada miembro de la familia

Los resultados de esta prueba permitan clasificar a los individuos en:

- Altamente funcional.
- Moderadamente funcional.

-Severamente disfuncional.

Otra prueba válida para medir la dinámica del funcionamiento familiar es denominada FF-SIL.

-Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones, y para la toma de decisiones de las tareas cotidianas

-Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo

-Comunicación: los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa

-Adaptabilidad: habilidad para cambiar estructura de poder, y relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.

-Afectividad: capacidad de los miembros de vivenciar, y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

-Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

-Permeabilidad: capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones (30).

## **11.9 Adulto**

Según el modelo de atención integral de salud el ciclo de vida, dado por el grupo etario de 20- 64 años son considerados adultos; de 20 a 39 años adulto Joven y de 40 a 64 años son considerados adulto (19).

Adulto joven se caracteriza por la preocupación por la intimidad por la capacidad de establecer una relación significativa y duradera, dentro de los aspectos importantes de esta etapa es buscar un compañero o compañera, la adaptación al estilo de vida de pareja y sus expectativas y la decisión de tener hijos o no y en qué momento. Es entonces cuando la familia recién formada debe adaptarse a la familia de la que procede cada uno de sus componentes, está preocupado por dominar su vida, se asocia no solo al matrimonio, sino también al establecido de una profesión. Las normas de cada persona el deseo de parte de las mujeres de dedicarles más tiempo a sus hijos y las exigencias de su carrera profesional. Las decisiones que se deben tomar a menudo respecto a la crianza de los hijos (31).

La edad adulta denominada adultez intermedia, donde se aportan y aparecen los diferentes desarrollos, ya sean físico, sexual, cognoscitivo, los cuales son diferentes por los años que se han vivido y lo experiencia que han pasado. Desarrollo físico Las personas son realistas y se aceptan como son, los cambios que han sufrido con el tiempo ya sea motor, sensorial, cambios en la apariencia. En esta etapa puede aparecer o es más frecuente a tener daños en la visión y en la audición. En la sexualidad, se ve lo que es la menopausia, está la menstruación se acaba y con ello la posibilidad de no tener hijos. En el oriente las mujeres no experimentan los síntomas que las mujeres del occidente ya que la alimentaciones diferente. En el hombre la andropausia, se dan después de los 60 años, se dan por cambios que tienen relación con varios sistemas del cuerpo humano como lo son el circulatorio y endocrino. Los espermatozoides disminuyen en cantidad (31).

### **11.10 Marco Legal**

Una definición de familia desde el ordenamiento jurídico, lo establece el nuevo Código Integral Penal del Ecuador del año 2014 en su párrafo primero, artículo 155, en el que alude: ...“se consideran miembros del núcleo la familiar a la o al cónyuge, a la pareja en unión de hecho o unión libre, conviviente, ascendientes, descendientes,

hermanas, hermanos, parientes hasta el segundo grado de afinidad y personas con las que se determine que el procesado o la procesada mantenga o haya mantenido vínculos familiares, íntimos, afectivos, conyugales, de convivencia, noviazgo o de cohabitación”(32) .

En la V Cumbre de las Américas, la Declaración de Puerto España, Trinidad y Tobago, en el año 2009: las Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a: “Continuar trabajando para incorporar los temas de la vejez en las agendas de política pública y a promover, en el marco regional y con el apoyo de la OPS y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de la Organización de Naciones Unidas, (ONU) un examen sobre la viabilidad de elaborar una convención interamericana sobre los derechos de las personas mayores”. El apoyo a este proceso fue reiterado al más alto nivel en la VI Cumbre de las Américas donde las y los Jefes de Estado y de Gobierno reafirmaron su compromiso de: “Avanzar en el fortalecimiento de la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas mayores, mediante la promoción de políticas públicas, programas y servicios, salvaguardando así su dignidad, su bienestar físico, mental, social y su calidad de vida, teniendo en cuenta los esfuerzos que se están llevando a cabo en el ámbito interamericano en la elaboración de un instrumento jurídicamente vinculante para proteger los derechos de las personas mayores y la consideración del tema en el ámbito internacional” (32).

En la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores del año 2015, (<sup>33</sup>) en el capítulo II, sobre: Principios generales, en su Artículo 3, quedaron definidos los principios generales aplicables a la Convención:

- a) La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor
- b) La valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al

desarrollo.

c) La dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor

d) La igualdad y no discriminación

e) La participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad

f) El bienestar y cuidado

g) La seguridad física, económica y social

h) La autorrealización

i) La equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida

j) La solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria

k) El buen trato y la atención preferencial

l) El enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de la persona mayor

m) El respeto y valorización de la diversidad cultural

n) La protección judicial efectiva

o) La responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna.

La Constitución de la República del Ecuador, (35) expresa en su artículo 36: Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los campos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas

personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.”. El artículo 37, considera que: “el Estado garantizará a las personas adultas mayores, entre otros, el derecho a:

1.- La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas”

El artículo 38 de la carta magna, expresa que: “El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; así mismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas, en particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.

2. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.

4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole o negligencia que provoque tales situaciones.

6. Atención preferente, en caso de todo tipo de emergencias y desastres.

8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufren enfermedades crónicas y degenerativas.

9. Adecuada asistencia económica y psicológica para que garantice su estabilidad

física y mental” (35).

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores, por parte de los familiares o las instituciones establecidas para su protección. La Ley del Anciano, por su parte, se constituyó en una norma de carácter obligatorio y permanente, que versa sobre materia de interés particular y precautela los derechos económicos, sociales, legales y de prestación integral, de servicios

Médicos asistenciales, a favor de todas las personas mayores de 65 años de edad. En ella se garantiza el derecho aún mejor nivel de vida. Además, se especifica el papel que deben desempeñar en su ejecución las distintas instituciones nacionales creadas en la norma, como son el Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas, adscrito al Ministerio de Inclusión Económica y Social. (MIES) El Reglamento que norma el funcionamiento de los Centros de Atención Gerontológico, otorga permisos de funcionamiento de Centros de Atención a los Adultos Mayores. (36)

El objetivo primordial en la atención integral en la salud de las personas adultas mayores (PAM), en el Ecuador, es evitar y limitar la aparición y desarrollo de deterioro funcional. La edad avanzada rara vez llega sola, sino que habitualmente se acompaña de fragilidad, comorbilidad, aislamiento social y dificultades económicas. Por lo tanto, la atención de las PAM es compleja, requiere de una combinación de medicina basada en problemas y la medicina basada en diagnóstico en el marco de la Política Pública y modelo continuo, asistencial y progresivo. En las “Normas y Protocolos, de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores” promulgada el año 2010, se incluyó en el capítulo 15, estándares e indicadores de calidad. (37) Con el propósito de afinar el proceso, se elaboró la Guía de Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención Integral de Salud de las PAM. Proceso que debe ser medido y monitoreado en forma permanente. Esta guía, se ha desarrollado tomando en cuenta los mecanismos internos de los servicios de salud para mejorar la calidad del enfoque de la garantía de calidad, que considera la definición de la calidad, su monitoreo y el mejoramiento continuo, razón por la que se han definido estándares

de atención, indicadores e instrumentos para monitorearlos y el enfoque de ciclos rápidos para mejorar los procesos de atención. (38)

En el artículo 67 de la propia constitución de la República del Ecuador, se reconoce la familia en sus diversos tipos. Y dice que: El Estado la protegerá como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Éstas se constituirán por vínculos jurídicos o de hecho y se basarán en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes. (38) Mientras que en el artículo 69, se dice que: Para proteger los derechos de las personas integrantes de la familia:

1. Se promoverá la maternidad y paternidad responsable; la madre y el padre estarán obligados al cuidado, crianza, educación, alimentación, desarrollo integral y protección de los derechos de sus hijas e hijos, en particular cuando se encuentren separados de ellos por cualquier motivo.
2. Se reconoce el patrimonio familiar inembargable en la cuantía y con las condiciones y limitaciones que establezca la ley. Se garantizará el derecho de testar y de heredar.
3. El Estado garantizará la igualdad de derechos en la toma de decisiones para la administración de la sociedad conyugal y de la sociedad de bienes.

## **12 MÉTODOS**

### **12.1 Justificación de la elección del método**

Se realizó un estudio observacional de depresión y funcionamiento familiar en la población de adultos de 20 a 64 años de la comunidad San José del centro de salud anidado de Daule en el año 2018.

El nivel investigativo es observacional los datos recogidos por el investigador se dieron tal y como se presentaron, de tipo observacional ya que no existió intervención del investigador, sobre las unidades de estudio, los datos reflejaban la evolución natural de los eventos y eran ajenos a la voluntad del investigador, prospectivo debido a que la fuente de información de recogida de los datos fue primaria.

Según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio fue transversal ya que todas las variables fueron medidas en una sola ocasión y según el número de variables que es descriptivo, porque se pretende identificar la proporción de individuos afectados.

### **12.2 Diseño de la investigación**

#### **12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio**

La población estuvo integrada por todos los pacientes de 20 a 64 años de edad de la comunidad de San José a los que se realizó diagnóstico presuntivo de depresión desde enero 2016 hasta diciembre del año 2017.

Como médicos familiares tenemos a cargo 150 familias con un total de 700 personas de ellos 358 son adultos de 20 a 64 años y de este grupo 120 con diagnóstico presuntivo de depresión, conformados por 69 familias.

1 adulto                      31 familias

2 adultos                     23 familias

3 adultos                     15 familias

Criterios de inclusión:

Los adultos de 20 a 64 años con diagnóstico presuntivo de depresión, que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Criterio de exclusión:

Los adultos que después de dos citas al centro de salud o dos visitas al hogar no se pudieron contactar.

### ***12.2.2 Procedimiento de recolección de la información***

El estudio inició con el proceso de elaboración del consentimiento informado (Anexo I) lo que indica la importancia que tiene la bioética médica al realizar este tipo de investigaciones. Para esto se elaborará un consentimiento informado basado en los puntos éticos establecidos por la Declaración de Helsinki con su última revisión en el año 2013; dirigidos a las personas en la cual se llevó a cabo la investigación, en los adultos de 20 a 64 años que intervienen al momento de la obtención de la información, a las cuales se les consultó su decisión de ser parte del estudio e indica su libertad de abandonar este proceso cuando crean necesario. La información se comenzó a recoger a partir del mes de febrero a mayo del 2018.

Se realizó una encuesta (ANEXO II) diseñada por la autora de la investigación, y validada por dos expertos uno de Medicina Familiar y una bioestadística, donde se recopilaban datos divididos en 3 secciones, la primera destinada a medir variables sociodemográficas, la segunda conocer la composición familiar y la tercera las crisis

familiares que estaban atravesando los adultos encuestados, posteriormente se realizó un estudio piloto para corroborar las preguntas del instrumento.

La escala de valoración de Hamilton (ANEXO III) es una herramienta que se utilizó para la evaluación de depresión en pacientes previamente diagnosticados y verificar la intensidad o gravedad de esta patología, teniendo en consideración la siguiente puntuación:

No depresión de 0-7, depresión leve 8-13, depresión moderada 14-18, depresión grave sin síntomas psicóticos 19-22, depresión grave con síntomas psicóticos 23-28.

El funcionamiento familiar (ANEXO IV) es el conjunto de relaciones interpersonales que se establece en el interior de cada familia y le dan identidad propia. Para caracterizarlo en los hogares de adultos estudiados según su propio criterio se aplicó el test del funcionamiento familiar FF-SIL.

### 12.2.3 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta (cuestionario)
Sexo	Encuesta (cuestionario)
Estado Civil	Encuesta( cuestionario)
Situación laboral	Encuesta (cuestionario)
Nivel de instrucción	Encuesta (cuestionario)
Etnia	Encuesta ( cuestionario)
Tipo de familia según ontogénesis	Encuesta(cuestionario)
Tipo de familia según el tamaño	Encuesta (cuestionario)
Tipo de familia según generaciones	Encuesta (cuestionario)
Tipo de crisis transitorias	Encuesta (cuestionario)
Tipo de crisis no transitorias	Encuesta (cuestionario)
Funcionamiento familiar	Psicometría (FF-SIL)
Depresión	Psicometría (Escala de Hamilton)

#### ***12.2.4 Técnicas de análisis estadístico***

Todas las variables en la encuesta o en la hoja de datos se pasaron a una hoja de Excel, las variables se colocaran en las hojas de Excel cada fila corresponde a una persona encuestada y en las columnas las variables con sus categorías y números, esa base de datos se traslada al programa estadístico SPSS versión 22, para procesar los datos y confeccionar tablas para la presentación de los mismos.

## 12.3 Variables

### 12.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Edad	Años cumplidos	20 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59 60 y más	Numérica discreta
Sexo	Caracteres sexuales externos	Femenino Masculino	Catagórica nominal dicotómica
Estado civil	Condición social relacionada con la pareja	Soltero (a) Casado(a) Unión libre Viudo(a) Divorciado(a)	Catagórica nominal politómica
Situación laboral	Actividad laboral que realiza	Activo (a) Jubilado(a) Ama de casa (a)	Catagórica nominal politómica
Nivel instrucción	Último nivel escolar terminado	Ninguno Primaria Secundaria Superior	Catagórica ordinal
Etnia	Autoidentificación	Blanco(a) Negro(a) Mestizo(a) Mulato(a) afro ecuatoriano (a) Indígena	Catagórica nominal politómica
Tipo de familia según la ontogénesis	Ontogénesis	Nuclear Extensa o extendida Ampliada o mixta	Catagórica ordinal

Tipo de familia, según tamaño	1-3 miembros 4-6 miembros Más de 6 miembros	Pequeña Mediana Grande	Catagórica ordinal
Tipo de familia, según generaciones	Generaciones que la integran	Unigeneracional bigeracional multigeneracional	Catagórica ordinal
Tipo de crisis transitorias	Matrimonio. Nacimiento del primer hijo. Entrada del primer hijo a una institución infantil escolar. Hijo adolescente. Jubilación. Envejecimiento. Muerte del primer conyúgue	SI NO	Catagórica nominal dicotómica
Tipo de crisis no transitorias	Incremento Desmembramiento. Desorganización. Desmoralización	SI NO	Catagórica nominal dicotómica
Funcionamiento familiar	Percepción del funcionamiento familiar/ FF-SIL 70-57 56-43  42-28 27-14	Familia funcional Familia moderadamente funcional Familia disfuncional Familia severamente disfuncional	Catagórica ordinal

Depresión	Escala de Hamilton 0-7 8-13 14-18 19-22 23 y más	No depresión Depresión leve Depresión moderado Depresión grave Depresión muy grave	Categoría ordinal
-----------	---	--	-------------------

### 13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Participaron 69 familias de ellos, 120 adultos de 20 a 64 años sin depresión y con diferentes niveles de depresión, de la Comunidad San José de Daule, para dar salida al objetivo número 1, se realizó una encuesta donde mediante variables sociodemográficas se obtuvieron los siguientes resultados.

**Tabla 1: Distribución de adultos según edad y sexo. Comunidad San José. Centro de salud anidado de Daule. Año 2018.**

Grupo de edad	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
20 a 29	26	29,9	2	6,1	28	23,3
30 a 39	11	12,6	2	6,1	13	10,8
40 a 49	18	20,7	8	24,2	26	21,7
50 a 59	19	21,8	12	36,4	31	25,8
60 y más	13	14,9	9	27,3	22	18,3
Total	87	100	33	100	120	100

El grupo de edad que predominó fue de 50 a 59 años siendo 31 personas encuestadas con el 25,8 % y 26 del sexo femenino con el 29,9%. La utilidad de este estudio es de suma importancia para otras investigaciones, siendo el sexo femenino el que más utiliza los servicios de salud, son abiertas al momento de expresar lo que sienten. (Tabla 1)

En España un estudio “Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad” realizado en el 2013 desde la atención primaria donde aporta datos que quienes participaron del estudio fueron en edades comprendidas de 25 a 65 años, sobresaliendo de 25 a 45 años con el 33,1 % y en su mayoría mujeres con el 53,5% .

**Tabla 2: Distribución de adultos según estado civil. Comunidad San José. Centro de salud Anidado de Daule. Agosto 2018.**

Estado civil	N°	%
Sotero (a)	22	18,3
Casado (a)	29	24,2
Unión Libre	56	46,7
Divorciado (a)	5	4,2
Viudo (a)	8	6,7
Total	120	100

El estado civil 56 adultos presentaron unión libre con el 46,7%. Dado que la mayoría de opiniones vertidas por los pacientes encuestados indican que es una previa experiencia antes del matrimonio. (Tabla 2)

En el cantón Daule los datos que obtuvimos a través del diagnóstico de salud 2016 indicaron que la mayor parte de la población se encuentra en estado civil Unión libre con el 73,73%.

**Tabla 3: Distribución de adultos según situación laboral. Comunidad San José. Centro de salud Anidado de Daule. Año 2018.**

Situación laboral	Nº	%
Activo (a)	53	44,2
Jubilado (a)	9	7,5
Ama de casa	58	48,3
Total	120	100

En la Comunidad la situación laboral frecuente es ama de casa 58 adultos con el 48,3 %.(Tabla 3).

En lo referente a la ocupación ama de casa, repercute mucho en la mujer con el llamado “síndrome de ama de casa” un estudio realizado en México, en el Estado de Toluca, en el cual 444 mujeres participaron de ellas 229 tenían un trabajo remunerado y 215 no remunerado, habiendo una diferencia significativa de que estas últimas tienen un puntaje mayor de depresión debido a una baja autoestima y estrés. La falta de empleo en las personas muestran tener síntomas de ansiedad y padecer baja autoestima por lo que un estudio realizado en México, detectaron niveles altos de depresión en personas que no tiene un trabajo seguro que en las personas que los tienen.

**Tabla 4: Distribución de adultos según nivel de instrucción. Comunidad San José. Centro de salud Anidado de Daule. Año 2018.**

Nivel de instrucción	Nº	%
Ninguno	7	5,8
Primaria	66	55,0
Secundaria	36	30,0
Superior	11	9,2
TOTAL	120	100

Dentro del nivel de instrucción, primaria 66 adultos encuestados con el 55% (Tabla 4).

Inec Ecuador 2010 reportó que la instrucción primaria a nivel nacional mujeres con el 29,75 % y los hombres 35,8%. En el centro de salud anidado de Daule el diagnóstico de salud 2017 reportó que el 46% de esa población presentaron educación primaria.

Es por ello que los estudios posibilitan el desarrollo intelectual y de forma más completa el crecimiento personal en su conjunto. (Tabla 4)

La etnia que predominó fue la mestiza siendo 120 adultos encuestados con el 100 %. (Tabla 5).

Inec Ecuador refleja en los datos 2010 62% de la población nacional es mestiza En el centro de salud Daule el diagnóstico de salud 2017, reflejaron que 72 % de la población es mestizo.

**Tabla 5: Distribución de familias según ontogénesis. Comunidad San José. Centro de salud Anidado de Daule. Año 2018.**

Ontogénesis	Nº	%
Nuclear	21	30,4
Extensa	41	59,4
Ampliada	7	10,1
Total	69	100

Dentro de la Composición familiar según ontogénesis 41 familias son extensas con el 59,4 %. (Tabla 6).

Un estudio realizado en Cuba sobre funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas en Calabazar, los resultados que obtuvieron fue el 62,3% de estos adolescentes eran de familias extensas. Hoy en día se puede palpar en cada hogar la presencia de padres con hijos ya comprometidos e hijos, debido a la falta de oportunidades y costos que con lleva los inmuebles.

**Tabla 6: Distribución de familias según su tamaño. Comunidad San José. Centro de salud Anidado de Daule. Año 2018.**

Tamaño	Nº	%
Pequeña	9	13,0
Mediana	23	33,3
Grande	37	53,6
Total	69	100

En lo referente al tamaño, 37 familias son grandes con el 53,6 % (Tabla 7)  
 En el diagnóstico de salud del centro de salud Daule 2017 43% de las familias fueron grandes. Dadas las pocas oportunidades que hoy en día existen y la falta de empleo hace que los hijos y los hijos de estos no puedan salir del seno familiar.

**Tabla 7: Distribución de familias según Generaciones. Comunidad San José. Centro de salud Anidado de Daule. Año 2018.**

Generaciones	Nº	%
Unigeneracional	5	7,2
Bigeneracional	21	30,4
multigeneracional	43	62,3
Total	69	100

En lo que respecta a la generación sobresale 43 familias multigeneracional con el 62,3% generación. (Tabla 8)

Inec Ecuador 2010 refiere que a nivel nacional las mujeres presentaron 61,1% y hombres el 76,4% de encontrarse dentro de familias multigeneracional. Debido a los altos costos de inmuebles se dan hasta en países desarrolladas que en una familia estén algunas generaciones.

**Tabla 8: Distribución de familias según crisis transitorias y no transitorias. Comunidad San José. Centro de salud Anidado de Daule. Agosto 2017 hasta agosto 2018.**

Crisis Familiares	Nº	%
Crisis transitorias		
Hijo adolescente	53	76,8
Crisis no transitorias		
Incremento: Regreso al hogar	3	4,3
Desmembramiento: Abandono	6	10,1
Desorganización: Pérdida de trabajo	1	1,4
Desmoralización: Infidelidad	5	7,2
Total	69	100

Con respecto a las crisis transitorias, 53 familias tienen hijos adolescentes con el 68,1%. Y dentro de las no transitorias 6 adultos abandonaron el hogar con el 10,1 %. Es algo que se vive a diario en las familias y sea la madre o padre que enfrenten este episodio debe fortalecerse emocionalmente para que un futuro no tenga repercusiones en los hijos. (Tabla 9)

Se puede ver en una familia que tiene hijos adolescentes, independientemente de que tipo de familia sea esta, son las conductas de riesgo que pueden presentar los hijos, más aun en la etapa de la adolescencia de los hijos, conductas que hacen que se cuestione la capacidad de los padres como tal. En Ecuador un estudio realizado por la Psicóloga Keyla Pérez indicó que el 75% de las personas muestran dependencia emocional cuando las abandonan. En la universidad técnica de Ambato en el 2016 un estudio realizado a una población cercana la infidelidad presenta baja 19,09% media 72,2% y alta el 8,18 %.

**Tabla 9: Distribución de adultos según el funcionamiento familiar (FF-SIL). Comunidad San José. Centro de salud Anidado de Daule. Año 2018.**

Funcionamiento familiar	Nº	%
Familia funcional	82	68,3
Familia moderadamente funcional	36	30,0
Familia disfuncional	2	1,7
Total	120	100

El objetivo número 3 que consistía en identificar el funcionamiento familiar en la población de estudio, se utilizó la prueba FF-SIL, en el cual 82 adultos se encuentran dentro de una familia funcional con el 68,3%. (Tabla 10)

En Perú se realizó un estudio sobre funcionamiento familiar y dependencia emocional en estudiantes universitarios 2017 por Magister Amparo Mendoza participaron 429 estudiantes de cuarto año de estudio cuarto año de las escuelas profesionales de la Universidad Nacional de San Agustín Los participantes son de ambos sexos, cuyas edades oscilan entre 20 y 35 años, donde se comprobó que la mayoría venían de familias moderadamente funcional.

Un estudio realizado en Barranquilla sobre Funcionalidad familiar en escolares con comportamientos de riesgo psicosocial en una institución educativa de Sincelejo Colombia. Se obtuvo como resultado que el 67 % de estos pacientes venían de familias disfuncionales.

Otro estudio realizado por María Guridi y colaboradores 2012 sobre funcionamiento y repercusión en adolescentes embarazadas atendidas en el policlínico de Calabazar el 32,2 5 de los pacientes estudiados provenían de familias moderadamente funcional.

La disfuncionalidad familiar y los niveles de depresión en adolescentes de una

Unidad educativa rural en Ambato, Ecuador 2017 los pacientes estudiados se encontraron dentro de una familia moderadamente funcional.

**Tabla 10: Distribución de adultos según presencia de depresión (Escala de Hamilton). Comunidad San José. Centro de salud Anidado de Daule. Año 2018.**

Escala de Hamilton	Nº	%
No depresión	63	52,5
Depresión leve	51	42,5
Depresión moderada	4	3,3
Depresión grave	1	0,8
Depresión muy grave	1	0,8
Total	120	100

Para dar salida al objetivo número 4 en determinar en los adultos de 20 a 64 años la presencia de depresión mediante la escala de Hamilton. La presencia de depresión en los adultos predominó 63 adultos con el 52,5 % seguido de episodio depresivo leve 51 adultos con el 42,5%. (Tabla 11)

Un estudio realizado en el 2016 sobre “Factores asociados a la depresión en pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis” por Víctor Vázquez y colaboradores donde se estudiaron a 80 personas en un hospital de nefrología en Colombia se comprobó que 40 adultos presentaban dentro de la escala de Hamilton de 17 parámetros no depresión siendo el 50%.

Otro estudio realizado en Ambato Dr. Luis Marcelo Mantilla 2017, acerca de depresión el 33,3% no depresión.

## 14 CONCLUSIONES

- En la población de estudio, predomina la quinta década de vida, el sexo femenino, la relación de unión libre, la ocupación es ama de casa. Tienen mayoritariamente un nivel de educación primaria y la totalidad se autoidentifican mestiza.
- Dentro de la composición familiar predominan familias extensas, grandes y bigeneracional.
- Se identifican crisis transitorias ocasionados por la presencia de hijo adolescente y crisis no transitorias por desmembramiento por abandono. La crisis transitorias que predomina es la presencia de hijo adolescente y las no transitorias es el desmembramiento por abandono y desmoralización por infidelidad.
- La familia funcional predomina, seguida de la moderadamente funcional.
- Menos de la mitad de la población estudiada se concluye como deprimida, predominando la depresión leve.

## **15 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Los datos expresados en la presente investigación, enfatizan a realizar intervenciones con el único propósito de evitar la depresión y su repercusión en el funcionamiento familiar. Se debe llegar a cada hogar con la ayuda del médico familiar con orientaciones a los adultos con el fin de evitar, cambios bruscos en los estilos de vida que puedan generar ansiedad.

Estos resultados son el inicio de nuevas investigaciones con otros grupos de edad con el único fin de identificar a toda la población. Llevando a diario las recomendaciones que las personas por una situación o episodio en su vida no se depriman sino que lo tomen como una experiencia para la vida pidan ayuda traten de poderse ayudar de personas de confianza. Pero esta pretensión se logra involucrando a toda la comunidad fomentando ambientes recreativos, comunicación con la familia y los amigos, sobretodo procurar un pensamiento más positivo y mejorar la autoestima.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión. datos y cifras. In ; 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
2. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es)
3. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Abril 2017. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
4. Ministerio de Salud Pública. Guía Clínica de práctica 2017. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Ecuador. 2017. Disponible en: [http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/GPC\\_Depresion.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/GPC_Depresion.pdf)
5. Chan Margaret. Redacción Médica. Ecuador, entre los países con más casos de depresión en Latinoamérica. Quito. 2017. Disponible en: <http://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-entre-los-paises-con-m-s-casos-de-depresi-n-en-latinoam-rica-89705>
6. El Universo. En Día Mundial de la Salud. Abril 2017. Disponible en: <http://www.eluniverso.com/noticias/2017/04/08/nota/6127894/dia-mundial-salud-se-hablo-sobre-depresion>
7. World Federation for Mental Health. Depresión una crisis global. Día mundial de la salud mental 2012. 2012. Disponible en: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/WMHDay%20Packet%20-%20Spanish%20Translation.pdf>
8. Álvarez Síntes R. Salud Familiar. Funciones de la familia. Temas de medicina general integral. La Habana: Ciencias Médicas; Vol. 1.2014;
9. Placeres Hernández JF, De León Rosales L, Delgado Hernández I. La familia y el adulto mayor. Rev. Méd Electrón [Internet]. 2011 Jun-Jul [citado 22 Ago 2016]; 33(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema10.htm>  
<http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/viewFile/317/165>
10. Eguiluz R. L, Ayala M. Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. Universidad nacional autónoma de México. Psicología Iberoamericana (julio-diciembre, 2014), vol. 22, no. 2,

pp. 72-80. Issn 1405-094. Mexico 2014 Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/pdf/1339/133938134009.pdf>

11. Antúnez Zayra. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. M Universidad de la Frontera. Chile 2012. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082012000300005&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082012000300005&script=sci_arttext&tlng=en)
12. Gordón M. Pamela A. “Prevalencia de la depresión y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2” universidad central del ecuador. Quito 2014. Disponible:  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2761/1/T-UCE-0007-99.pdf>
13. Definiciona. Definición y etimología. Depresión. Disponible en:  
<https://definiciona.com/depresion/>
14. Cruz Pérez Guillermina. Universidad Nacional Autónoma de México. De la tristeza a la depresión. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 15 No. 4. Diciembre 2012. Disponible en:  
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num4/Vol15No4Art8.pdf>
15. Enciclopediasalud.com Definición de depresión. Abril 2017. Disponible en:  
<http://www.enciclopediasalud.com/definiciones/depresion>
16. M.J. Purriños. Escala De Hamilton - Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS). Servicio de Epidemiología. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde. Disponible en:  
<http://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>
17. Luque Oliveros M. Definición de la familia según OMS. Fundamentos teóricos de la familia como parte del paciente.2015.Disponible en:  
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Definicion-De-Familia-Segun-La-Oms/68090662.html>
18. Martínez Benítez C. Familia definición y tipos. Enero 2012. Disponible:  
<https://escuelaserpadres.wordpress.com/2012/01/11/familia-definicion-y-tipos/>
19. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI) 2013. [citado: 20 Sept 2016]; Disponible en:  
[http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
20. Álvarez Síntes R. Temas de medicina general integral. Atención al adulto. Concepto. La Habana: Ciencias Médicas; vol 1. 2014.

21. Blog Dayanabertel's Blog. Clasificación de las etapas de la vida. Adultez. Disponible en: <https://dayanabertel.wordpress.com/12-2/>
22. Prefectura Guayas. Cantón Daule. Información General. Disponible en: <http://www.guayas.gob.ec/cantones/daule>
23. Depresión. Antecedentes históricos de la depresion.2013. Disponible en: [http://ladepresionpsicologiaclinica.blogspot.com/2013/05/antecedentes-historicos-de-la-depresion\\_2.html](http://ladepresionpsicologiaclinica.blogspot.com/2013/05/antecedentes-historicos-de-la-depresion_2.html)
24. Psicsuaye. Antecedentes históricos de la depresión. Noviembre 2016. Disponible en: <https://psicsuayed2016.wordpress.com/2016/11/06/antecedentes-historicos-de-la-depresion/>
25. León G S. e- Ciencia. Brevísimas historia de la depresión. 2012. Disponible en: <http://e-ciencia.com/blog/divulgacion/brevisima-historia-de-la-depresion/>
26. Organización Mundial de la Salud. Depresión aumentaron en casi un 18 %: Salud. Disponible en: <https://www.elespectador.com/noticias/salud/depresion-aumento-18-en-la-ultima-decada-articulo-687075>
27. Alarcón Terroso R, Serrano Gea, Martínez Maurandi J, Pedreño Planes J, Pujalte Martínez M, Garre Sánchez M, et al. Guía De Práctica Clínica De Los Trastornos Depresivos. Servicio Murciano de Salud. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
28. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Conselleria de Sanidad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. 2014. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)
29. Instituto Salvadoreño De Bienestar Magisterial Sub Dirección De Salud División De Servicios De Salud Normalización. Guías Clínicas de Atención a los Problemas frecuentes en Psiquiatría Y Salud Mental. 2013. Disponible: [http://www.isbm.gob.sv/phocadownload/guias\\_medicas/GUIAS%20CLINICAS%20PSIQUIATRIA%20Y%20SALUD%20MENTAL%2004102013.pdf](http://www.isbm.gob.sv/phocadownload/guias_medicas/GUIAS%20CLINICAS%20PSIQUIATRIA%20Y%20SALUD%20MENTAL%2004102013.pdf)
30. Álvarez Síntes R. Temas de medicina general integral. La Habana: Ciencias Médicas: Salud Familiar. Funciones de la familia. cap 59. ; 2014; Vol. 1
31. teylor T R, Alan D, Fields S, Pillips M, scherger J. Medicina de Familia-Adulto Joven Elsevier. Masson 2006. Disponible en: [https://books.google.com.ec/books?id=d3A0gNxXoVQC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepa](https://books.google.com.ec/books?id=d3A0gNxXoVQC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepa)

32. República del Ecuador. Asamblea Nacional. Código Orgánico Integral Penal 2014. Oficio No. SAN-2014-0138 Quito, 03 de febrero de 2014. Artículo 155. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: <http://www.desarrolloamazonico.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2014/05/CODIGO-ORGANICOINTEGRAL-PENAL-act.pdf>
  
33. Organización de Estados Americanos. VI Cumbre de las Américas. 14 y 15 de abril de 2012. Cartagena de Indias, Colombia. Disponible en: <http://www.summit-americas.org/sextacumbre.htm>
  
34. Asamblea General. Cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones. Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. 15 al 16 de junio de 2015. Washington, D.C. Disponible en: [http://www.ippdh.mercosur.int/wpcontent/uploads/2015/06/Espa-%C2%A6ol\\_CONVENCI-%C3%B4NINTERAMERICANA-SOBRE-LA-PROTECCI-%C3%B4N-DE-LOSDERECHOS-HUMANOS-DE-LAS-PERSONAS-MAYORES.pdf](http://www.ippdh.mercosur.int/wpcontent/uploads/2015/06/Espa-%C2%A6ol_CONVENCI-%C3%B4NINTERAMERICANA-SOBRE-LA-PROTECCI-%C3%B4N-DE-LOSDERECHOS-HUMANOS-DE-LAS-PERSONAS-MAYORES.pdf)
  
35. Constitución de la República del Ecuador. 2008 [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: [http://www.asambleanacional.gov.es/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.es/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf)
  
36. República del Ecuador. Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores.15/4/2012. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Dirección de atención integral gerontológica. [citado 2016 Jun 1] Disponible en:<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/ecuador.pdf>
  
37. Ministerio de Salud Pública. OPS-Ecuador. Consultoría Externa: Dr. Luis Vaca Tamayo. Guía para el mejoramiento de la calidad en la atención integral de salud de las personas. Quito – Ecuador. Septiembre 2011. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: <http://www.colegiomedicoguayas.com/GUIAS%20MSP/GUIA%20DE%20MEJORAMIENTO%20DE%20LA%20CALIDAD%20EN%20LA%20ATENCIÓN%20INTEGRAL%20DE%20SALUD%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf>
  
38. Durán-Badillo T, Aguilar RM, Martínez ML, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enferm. univ* vol.10 no.2 México abr. 2013. versión On-line ISSN 2395-8421. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulodepresion-funcion-cognitiva-adultos-mayores-90292929>
  
39. Acosta R. Fernanda. Rivera Mabel, Pulid-R. Marco. Depresión y ansiedad en

una muestra de individuos mexicanos desempleados. 2011 Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2822/282221799004.pdf>

40. Díez Francisco, A, Alessandra Ipince<sup>1,b</sup>, Toyama M. <sup>1,2,c</sup>, Benate-G. Ysabe<sup>3,d</sup>, Galán-R. Edén<sup>3,e</sup>, Medina Julio -Verástegui<sup>3,f</sup>, Sánchez David -Moreno<sup>4,g</sup>, Araya<sup>5</sup> Ricardo, J Miranda . J. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. Rev. Perú Med Exp Salud Pública.2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n1/a19v31n1.pdf>
41. Vargas M. Horacio. Tipo de familia y ansiedad y depresión. Rev. Med Hered. 2014; 25:57-59.Perú. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n2/v25n2e1.pdf>
42. Instituto Nacional de la Salud Mental. Depresión. Como experimentan las mujeres la depresión.2009. Disponible en: [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression\\_38791.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression_38791.pdf)
43. Vázquez Machado A. Depresión. Diferencias de género.Multimed 2013; 17(3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul133p.pdf>
44. Panorama de la Educación 2017. Indicadores de la OCDE.2017 disponible en: <https://www.mecd.gob.ec/dctm/inee/eag/2017/panorama-de-la-eduación-2017red.pdf?documentId=0901e72b8263e12d>
45. Rodríguez García .A. Haro Acosta. Martínez Fierro R. Ayala Figueroa R. Román Matus A. Funcionalidad familiar y depresión en los adultos en la atención primaria.Rev. a de salud pública y nutrición /vol.16N°.4. 2017. Disponible en: <http://respyn.unal.mx/index.php/respyn/article/view/340/312>

## **Anexos**

### Anexo I.

#### Consentimiento informado

Yo, Md. Yéssica Mariúxi Zambrano Mendoza que laboro en el Centro de Salud Anidado de Daule, me encuentro desarrollando un proyecto de investigación sobre “depresión en adultos de 20 a 64 años y funcionamiento familiar. Comunidad San José. Centro de Salud Anidado de Daule. Agosto 2018.”

Por tal motivo le informo e invito a usted, a formar parte del estudio que se desarrollará con el auspicio de las instalaciones de los consultorios del Médico de familia, número 4, del Centro de Salud Anidado de Daule, en la Comunidad San José del Cantón Daule. El estudio pretende encuestar a los adultos de 20 a 64 años y aplicar diferentes técnicas en las que solamente deben responder preguntas, cuyas respuestas se mantendrán en total confidencialidad, por lo que, al formar parte de la investigación Ud. no se expondrá a ningún riesgo. Las respuestas solo serán utilizadas para tal fin y los resultados de la investigación le serán oportunamente comunicados.

De aceptar participar en la entrevista lo hará de forma voluntaria, el documento entregado, contendrá un cuestionario que será contestado también voluntariamente y aplicado únicamente por mi persona. Caso contrario si Ud. desea retirarse antes, mediante o después del estudio podrá hacerlo sin ningún compromiso y seguirá siendo atendido en este Centro de Salud con calidad y calidez con todos los servicios integrales que recibía. \_\_\_\_\_ He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

\_\_\_\_\_ Consiento voluntariamente formar parte en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento, sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Sírvase a continuación, anotar nombre, (s) apellido, (s) número de cédula de identidad, firma y fecha en que se le realizó la entrevista:

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Muchas gracias por su colaboración.

### Anexo II.

#### Encuesta.

Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

Estimado paciente. Me encuentro desarrollando un proyecto de investigación sobre “Depresión en adultos de 20 a 64 años y funcionamiento familiar. Comunidad San José. Centro de salud Anidado de Daule. Agosto 2018.”, por lo que necesito su mayor colaboración actualizando los siguientes datos. De antemano le agradezco su participación.

Podría anotar su(s) Nombre(s) y apellido(s) completos:

\_\_\_\_\_

¿Qué edad tiene actualmente? : \_\_\_\_\_

Anote su sexo: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su Estado civil actual?:

Soltero (a): \_\_\_\_\_

Casado (a): \_\_\_\_\_

Unión libre: \_\_\_\_\_

Divorciado (a): \_\_\_\_\_

Viudo (a): \_\_\_\_\_

¿Cuál es su situación laboral actual?:

Activo (a): \_\_\_\_\_

Jubilado (a): \_\_\_\_\_

Ama de casa: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su Nivel de instrucción?:

Ninguno: \_\_\_\_\_

Primaria: \_\_\_\_\_

Secundaria: \_\_\_\_\_

Superior: \_\_\_\_\_

¿Cómo se auto identifica, desde el punto de vista étnico? Elija una de las siguientes:

Blanco (a): \_\_\_\_\_

Negro (a): \_\_\_\_\_

Mestizo (a): \_\_\_\_\_

Mulato (a): \_\_\_\_\_

Afro ecuatoriano (a): \_\_\_\_\_

Indígena: \_\_\_\_\_

Clasificación de la familia según ontogénesis:

Nuclear: \_\_\_\_\_

Extensa o extendida: \_\_\_\_

Ampliada o mixta: \_\_\_\_\_

Clasificación de la familia según número de integrantes:

Pequeña: \_\_\_\_\_

Mediana: \_\_\_\_\_

Grande: \_\_\_\_\_

Clasificación de la familia según número de generaciones:

Unigeneracional: \_\_\_\_\_

Bigeneracional: \_\_\_\_\_

Multigeneracional: \_\_\_\_\_

Tipo de crisis familiares transitorias:

Matrimonio: \_\_\_\_\_

Nacimiento del primer hijo: \_\_\_\_\_

Entrada del primer hijo a una Institución Educativa: \_\_\_\_\_

Hijo adolescente: \_\_\_\_\_

Jubilación: \_\_\_\_\_

Envejecimiento: \_\_\_\_\_

Muerte del primer cónyuge: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Ninguno crisis: \_\_\_\_\_

Tipo de crisis familiares no transitorias:

Incremento:

Regreso al hogar: \_\_\_\_\_

Adopción: \_\_\_\_\_

Convivencia temporal: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Ninguno crisis: \_\_\_\_\_

Desmembramiento:

Muertes prematuras de un hijo, o del cónyuge antes del periodo esperado: \_\_\_\_\_

Hospitalización prolongada: \_\_\_\_\_

Separación por periodos largos: \_\_\_\_\_

Suicidio: \_\_\_\_\_

Abandono: \_\_\_\_\_

Migraciones: \_\_\_\_\_

Ninguno crisis: \_\_\_\_\_

Desorganización:

Condición o enfermedad: \_\_\_\_\_

Adiciones: \_\_\_\_\_

Discapacidad o invalidez: \_\_\_\_\_

Sufrimiento de un accidente: \_\_\_\_\_

Infertilidad: \_\_\_\_\_

Trastornos psiquiátricos: \_\_\_\_\_

Ninguno crisis: \_\_\_\_\_

Desmoralización:

Conducta antisocial: \_\_\_\_\_

Encarcelamiento: \_\_\_\_\_

Escándalo en la comunidad: \_\_\_\_\_

Infidelidad: \_\_\_\_\_

Prostitución: \_\_\_\_\_

Ninguno crisis: \_\_\_\_\_

### Anexo III

Escalas validadas en español para depresión.

Versión validada en español de la Escala de Depresión de Hamilton para Depresión (HRSD o HAM-D por sus siglas en inglés)

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	<p>0. Ausente.</p> <p>1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.</p> <p>2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.</p> <p>3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión fácil, la postura, la voz y la tendencia al llanto.</p> <p>4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea</p>
2. Sensación de culpabilidad	<p>0. Ausente</p> <p>1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.</p> <p>2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.</p> <p>3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.</p> <p>4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales</p>

	amenazadoras.
3. Suicidio	<p>0. Ausente</p> <p>1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.</p> <p>2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.</p> <p>3. Ideas de suicidio o amenazas.</p> <p>4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4). 4</p>
4. Insomnio precoz	<p>0. Ausente.</p> <p>1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora.</p> <p>2. Dificultades para dormirse cada noche</p>
5. Insomnio medio	<p>0. Ausente</p> <p>1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.</p> <p>2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc).</p>
6. Insomnio tardío	<p>0. Ausente</p> <p>1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse.</p> <p>2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama</p>

7. Trabajo y actividades	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionada con su actividad, trabajo o aficiones.</p> <p>2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.</p>
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	<p>0. Palabra o pensamiento normales.</p> <p>1. Ligero retraso en el diálogo.</p> <p>2. Evidente retraso en el diálogo.</p> <p>3. Diálogo difícil.</p> <p>4. Torpeza absoluta</p>
9. Agitación	<p>0. Ninguna</p> <p>1. “uega” con sus manos, cabello, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerte las uñas, los labios, se tira de los cabellos.</p>
10. Ansiedad psíquica	<p>0. No hay dificultad.</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritabilidad.</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas. 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.</p> <p>4. Terrores expresados sin preguntarle</p>
11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p>

	<p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones.</li> <li>- Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias.</li> <li>- Respiratorios: hiperventilación, suspiros.</li> <li>- Frecuencia urinaria.</li> <li>- Sudoración.</li> </ul>
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos en generales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido califica 2.</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p>

	<p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante Síntomas como: pérdida de la libido, trastornos menstruales</p>
15. Hipocondría	<p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud.</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas.</p>
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso. 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo).</p> <p>B. Según pasaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida inferior a 500g en una semana.</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500g en una semana.</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1kg en una semana (por término medio)</p>
17. Insight (conciencia de enfermedad)	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación,</p>

	clima, exceso de trabajo, virus, etc.  2. Niega que esté enfermo
--	--

	No depresión	Leve	Moderada	Grave	Muy grave
Puntos de corte	0-7	8-13	14-18	19-22	23

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, España, 2014. Adaptado de: Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión, 1986.

## Anexo IV

### Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL):

A continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente)

SITUACIONES.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los					

defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en					

otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Las categorías que se deben evaluar con la aplicación de FF-SIL son:

1. Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.
2. Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
3. Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
4. Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
5. Afectividad: capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
6. Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociada por el núcleo familiar.
7. Permeabilidad: capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.

Dichas categorías quedaron distribuidas de acuerdo con los ítems que se exploran:

1. Cohesión: 1 y 8.
2. Armonía: 2 y 13.
3. Comunicación: 5 y 11.
4. Adaptabilidad: 6 y 10.
5. Afectividad: 4 y 14.
6. Roles 3 y 9.
7. Permeabilidad: 7 y 12.



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Zambrano Mendoza Yéssica Mariúxi, con C.C: # 1311573800 autor/a del trabajo de titulación: “Depresión en adultos de 20 a 64 años y funcionamiento familiar .Comunidad San José. Centro de salud Anidado de Daule. Año 2018” previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 14 de diciembre de 2018

f. \_\_\_\_\_

Zambrano Mendoza Yéssica Mariúxi  
C.C: 1311573800



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	"Depresión en adultos de 20 a 64 años y funcionamiento familiar. Comunidad san José. Centro de salud Anidado de Daule. Año 2018".		
<b>AUTOR(ES)</b>	Yéssica Mariúxi Zambrano Mendoza		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Luis Roberto Mederos Mesa		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Sistema de Posgrado		
<b>CARRERA:</b>	Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	14 de diciembre de 2018	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	87
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina Familiar, Psicológica, Investigación		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Depresión, adulto, familia extendida, adolescente, enfermedad.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):</b>			
<p><b>Antecedentes:</b> La presencia de factores de riesgos personales, familiares y sociales predisponen la aparición de depresión y alteración en el funcionamiento familiar, siendo la principal causa a nivel mundial de discapacidad, las cifras en Ecuador el 4,6 personas, la ocurrencia de estos casos no siempre es comunicada por lo que provoca repercusiones en el funcionamiento familiar. <b>Materiales y Métodos:</b> Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, cuyo procesamiento fue recolectar información mediante encuesta elaborada por el autor de las características sociodemográficas, composición familiar, crisis transitorias, no transitorias de depresión con implementación de la escala de Hamilton y el funcionamiento familiar a través del FF-SIL en 120 adultos de 20 a 64 años en la Comunidad San José. Centro de salud anidado de Daule. <b>Resultados:</b> La población predominante de 50 a 59 años, femenina, de estado civil unión libre, de nivel de instrucción primaria, se autoidentifican mestizo, dentro de las crisis transitorias la presencia de hijos adolescentes, crisis no transitorias regreso al hogar, abandono, condición o enfermedad, infidelidad. Se identificó que los adultos se encuentran dentro de familias funcionales y la mayoría no presentan depresión <b>Conclusiones:</b> Los adultos se encuentran en la quinta década de vida, la composición y crisis de las familias tanto transitorias: hijos adolescentes como no transitorias abandono, infidelidad, regreso al hogar, pérdida de trabajo, que determinan la aparición del estado depresivo. La familia funcional predomina, seguida de la moderadamente funcional. Menos de la mitad de la población estudiada se encuentra deprimida, predominando la depresión leve.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-9-59107424	E-mail: <a href="mailto:yemazame@hotmail.com">yemazame@hotmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Xavier Landívar Varas, Md. MSc		
	<b>Teléfono:</b> +5930 43804600 ext:1830-1811		
	E-mail: <a href="mailto:posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec">posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec</a>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			