

Guayaquil, 05 de Marzo de 2020

Dr. Víctor Hugo Hinostroza Saltos Msc.

**Coordinador de la Escuela de Graduados
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Guayaquil
Ciudad.-**

*Recibido
gabehiel
13:28
05/03/2020*

APROBACION DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

En mi calidad de Revisor Metodológico de Investigación del Postgrado de Psiquiatría y Salud Mental que se lleva a efecto en el Instituto de Neurociencias, **APRUEBO** el Trabajo Final de investigación **“CORRELACION DE LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON DEPRESIÓN”**, previo a la obtención del Título de Especialista en Psiquiatría y Salud Mental, presentado por el MD. Alba Gabriela Novillo Granda, que cumple los lineamientos, metodología requeridos por la Universidad de Guayaquil.

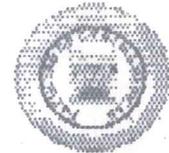
Por la atención presente, quedo agradecida

Atentamente,

Elvia Aspiazu
MSc. Elvia Aspiazu Miranda
REVISOR METODOLÓGICO

09 09 76 4235

Copia. Archivo



Of. CPFCMUG-207-ANTEP

Octubre 14 del 2019

Médico

Alba Gabriela Novillo Granda

RESIDENTE ESPECIALIZACIÓN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS

Ciudad

Por medio del presente oficio comunico a usted, que aplicando lo que consta en la Unidad Curricular de Titulación vigente en esta Escuela su Anteproyecto de Investigación con el tema:

"CORRELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON DEPRESIÓN".

Tutor: Dr. Henry López González

Ha sido revisado y aprobado por la Coordinación de Posgrado el día 28 de septiembre del 2019, por lo tanto, puede continuar con la ejecución del Proyecto final de titulación.

Revisor asignado: MSc. Elvia Aspiazu Miranda

Atentamente,

**Dr. Victor Hugo Hinojosa Salto MSc.
COORDINADOR**

C. archivo

Revisado y Aprobado:	Dr. Victor Hugo Hinojosa Salto
Elaborado:	Telga Nidia Guerrero Vargas



UNIDAD CURRICULAR DE TITULACIÓN
FORMULARIO DE REGISTRO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

FECHA: Día: Mes: Año:

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

UNIDAD ASISTENCIAL DOCENTE (UAD)
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS

Fecha Inicio Programa:
Día: Mes: Año:

Fecha Culminación Programa:
Día: Mes: Año:

DATOS DEL POSGRADISTA			
NOMBRES:	ALBA GABRIELA	APELLIDOS:	NOVILLO GRANDA
Cédula No:	1103672810	Dirección:	CUIDADELA LA FAE MZ 35 VILLA 5
E-mail Institucional:	anovillo@jbgye.org.ec	E-mail personal:	albitagabrielita@hotmail.com
Teléfono convencional:		Teléfono móvil:	0984969180

TRABAJO DE TITULACIÓN		
TÍTULO: "CORRELACION DE LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON DEPRESIÓN"		
MODALIDAD/OPCIÓN DE TITULACIÓN:		
1. TRABAJO DE INVESTIGACION (X)	2. EXAMEN COMPLEXIVO ()	3. ARTICULO CIENTIFICO ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.	
UNIDAD DE POSGRADO, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO – UG.	
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:	SALUD HUMANA, ANIMAL Y DEL AMBIENTE
SUBLÍNEA:	BIOMEDICINA Y EPIDEMIOLOGIA , NEUROCIENCIAS COGNITIVAS Y DEL COMPORTAMIENTO
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.	
ÁREA/LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:	
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL	SALUD MENTAL Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO
SUBLÍNEA	GRUPOS VULNERABLES, IMPACTO PSICOSOCIAL,CALIDAD DE VIDA

PALABRAS CLAVE: Depresión, funcionamiento familiar, calidad de vida.

TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:
TIPO: CORRELACIONAL
DISEÑO: CUANTITATIVO, TRANSVERSAL

TUTOR:	Dr. Henry Daniel López González
REVISOR METODOLÓGICO:	MSc. Elvia Aspiazu Miranda
COORDINADOR DEL PROGRAMA:	Dra. Adelaida Alvear Méndez

No. DE REGISTRO: No. CLASIFICACIÓN:

VALIDACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN. DIRECTOR / COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN.		
F)	F)	F)

Guayaquil, 14/08/2019

CERTIFICADO DE APROBACIÓN DE ANTEPROYECTO
“CORRELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR EN PACIENTES CON DEPRESIÓN ”

Doctor

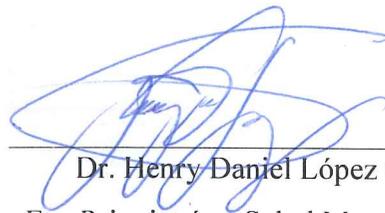
Henry Daniel López González

TUTOR DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS.

Certifica:

En calidad de tutor de la investigación titulada “**CORRELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON DEPRESIÓN**” que está ejecutando Md. **Alba Gabriela Novillo Granda** como requisito para optar por el grado de especialista en Psiquiatría y Salud Mental, **CERTIFICO** se ha revisado el trabajo de investigación y se encuentra cumpliendo con lineamientos y metodología requerida por la Universidad de Guayaquil.

Atentamente,



Dr. Henry Daniel López González
Esp. Psiquiatría y Salud Mental INC - JBG

Dr. Henry Daniel López González
ESP. PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
Reg. SENESCYT 1006-2016-1736584
Reg. INH 07-08-0369-09 - C.I. 0921753398



INC-DDI-DOF 110

Guayaquil, Octubre 16 del 2018

**APROBACIÓN DEL TÍTULO DEL TEMA DEL PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN**

En mi calidad de Jefe de Docencia e Investigación del Instituto de Neurociencias, he revisado y aprobado el Título de Tema de Proyecto de Investigación de titulación previo a la obtención del Título de Especialista en Psiquiatría y Salud Mental, de la Universidad de Guayaquil presentado por la Md. Alba Gabriela Novillo Granda con cédula de identidad 1103672810.

TEMA:

**"CORRELACION DE LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
EN PACIENTES CON DEPRESIÓN".**

Por la atención a la presente, quedo agradecida.
Atentamente

Dra. Adelaida Alvear M.
Jefe de Docencia e Investigación

copia. Archivo



INC-DDI-DOF-00168

Guayaquil, septiembre 06 del 2019.

APROBACIÓN DEL ANTEPROYECTO DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

En mi calidad de Coordinador del Postgrado de Psiquiatría y Salud Mental que se lleva a efecto en el Instituto de Neurociencias, APRUEBO anteproyecto del Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título de Especialista en Psiquiatría y Salud Mental, presentado por el Dra. Alba Gabriela Novillo Granda, que cumple los lineamientos, metodología requeridos por la Universidad de Guayaquil.

Anteproyecto de tesis aprobado:

CORRELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON DEPRESIÓN

Por la atención a la presente, quedo agradecida.

Atentamente

Dra. Adelaida Alvear Méndez
Jefe de Docencia e Investigación
PBX: 2294862 ext. 50133
www.juntadebeneficencia.org.ec

copia. Archivo



INC-DDI-DOF 0011-2020

Guayaquil, marzo 05 del 2020.

APROBACIÓN DEL PROYECTO FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

En mi calidad de Coordinador del Postgrado de Psiquiatría y Salud Mental que se lleva a efecto en el Instituto de Neurociencias, APRUEBO Proyecto final del Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título de Especialista en Psiquiatría y Salud Mental, presentado por el Dra. Alba Gabriela Novillo Granda, cumpliendo los lineamientos, metodología requeridos por la Universidad de Guayaquil.

Proyecto de tesis:

“CORRELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON DEPRESIÓN”

Por la atención a la presente, quedo agradecido.

Atentamente



Dra. Adelaida Alvear Méndez
Coordinador

Postgrado de Psiquiatría y Salud mental

PBX: 2294862 ext. 50133

www.juntadebeneficencia.org.ec

copia. Archivo



INC-DIC-DOF-064

Marzo 05 del 2020

**APROBACION DEL PROYECTO FINAL DEL TRABAJO DE
INVESTIGACION**

En mi calidad de Director Técnico del Instituto de Neurociencias, que se lleva a efecto en el Instituto de Neurociencias, APRUEBO el Proyecto final del Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título de Especialista en Psiquiatría y Salud Mental, presentado por la Dra. Alba Gabriela Novillo Granda, que cumple los lineamientos, metodología requeridos por la Universidad de Guayaquil.

Proyecto de Tesis:

**"CORRELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR EN PACIENTES CON DEPRESION"**

Atentamente

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS

Dr. Carlos Orellana Román
DIRECTOR TÉCNICO

Dr. Carlos Orellana Román.
Director Técnico INC

cc: Dra. Adelaida Alvear- Jefe de Docencia
File.

Janeth Herrera.



INC-DDI-DOF 0012-2020

Guayaquil, marzo 5 del 2020

**CERTIFICACION DE DATOS OBTENIDOS DEL DEPARTAMENTO DE
ESTADISTICA PARA EL PROYECTO FINAL DE INVESTIGACION**

En mi calidad de Jefe de Docencia e Investigación del Instituto de Neurociencias, certifico que el trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Especialista en Psiquiatría y Salud Mental, presentado por la Doctora. Alba Gabriela Novillo Granda, con CI 110367280, fue realizado con los datos solicitados por este Departamento y proporcionado por Estadística de este Instituto.

Proyecto final de Investigación:

**“CORRELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR EN PACIENTES CON DEPRESIÓN”**

Por la atención a la presente, quedo agradecido.

Atentamente

Dra. Adelaida Alvear Méndez
Jefe de Docencia e Investigación
PBX: 2294862 ext. 50133
www.juntadebeneficencia.org.ec

copia. Archivo



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
COORDINACIÓN DE POSGRADO**

PROYECTO FINAL DE INVESTIGACION PRESENTADO COMO REQUISITO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA Y
SALUD MENTAL

TÍTULO:

**CORRELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR EN PACIENTES CON DEPRESIÓN**

POSTGRADISTA:

MD. ALBA NOVILLO GRANDA

TUTOR:

DR. HENRY DANIEL LOPEZ GONZALEZ

AÑO:

2020

GUAYAQUIL – ECUADOR

DEDICATORIA

A Jehová Dios, a mi familia que siempre han estado a mi lado en los mejores y peores momentos, y en especial a mi hijo y mi esposo quienes son la principal razón por la que tengo motivación por salir adelante.

AGRADECIMIENTO

Al Tutor de mi tesis el Doctor Henry Daniel López, quien ha estado siempre pendiente y guiándome para desarrollar mi tesis de la manera mas desinteresada y con mucha sabiduría y a las demás personas de que de una u otra forma han sido parte de esto durante todo este tiempo para poder continuar con mi proyecto de investigación.

ÍNDICE

RESUMEN	i
SUMMARY	ii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.2. JUSTIFICACIÓN	5
1.3. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.4. FORMULACIÓN DEL OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	6
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	6
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
1.5. HIPÓTESIS	6
1.6. VARIABLES.....	6
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1. TEORÍA GENERAL.....	7
2.1.1 PACIENTES CON DEPRESIÓN	7
2.2. TEORÍAS SUSTANTIVAS	15
2.3. REFERENTES EMPÍRICOS	22
CAPÍTULO III	24
3. MATERIALES Y MÉTODOS	24
3.1. MATERIALES	24
3.1.1. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
3.1.2. PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN	24
3.1.3. RECURSOS UTILIZADOS.....	24

3.1.4.	UNIVERSO Y MUESTRA.....	25
3.2.	MÉTODO.....	25
3.2.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	25
3.2.2.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	25
3.2.3.	GESTIÓN DE DATOS.....	26
3.2.4.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	26
3.2.5.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	26
3.2.6.	CRITERIOS ÉTICOS.....	28
3.2.7.	CRONOGRAMA.....	29
3.2.8.	PRESUPUESTO DE INVESTIGACION.....	29
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	30
4.1	RESULTADOS.....	30
4.1.1.	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES DEPRESIVOS CON SU CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR 30	
4.1.2.	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS.....	32
4.2.	DISCUSIÓN.....	38
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	39
5.1.	CONCLUSIONES.....	39
5.2.	RECOMENDACIONES.....	40
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	40
	ANEXOS.....	44

RESUMEN

Introducción. La depresión es un trastorno del estado del ánimo que ocasiona una mayor comorbilidad en aquellos sujetos que lo presentan; existiendo factores asociados como la calidad de vida y las relaciones familiares. **Objetivo.** Correlación de la calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con diagnóstico de depresión ingresados al Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil. **Metodología.** Diseño no experimental, de corte transversal, tipo correlacional, en pacientes con depresión atendidos en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, se recolectó los datos utilizando una hoja de datos con las variables estudiadas. **Resultados.** Se tuvo que la edad promedio fue de 32 años de edad; con el 53.9% en mujeres y 46.1% hombres; 91% tuvieron ingresos por primera vez; 93% tienen diagnósticos de episodios depresivos; 49% de los pacientes fue categorizado su funcionamiento familiar como seria; respecto a la calidad de vida el 77% fue ocasional y el 24% algunas; 66% indicó tener ideación y planeación suicida. De las relaciones interpersonales con funcionamiento familiar funcional tienen una media en sus puntuaciones mayor que los pacientes con funcionamiento familiar disfuncional, 13.14 y 9.55 respectivamente, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. **Conclusiones.** En los pacientes con episodios de depresión, se ha comprobado que se ven afectadas las relaciones interpersonales, el rol instrumental y las funciones intrapsíquicas las mismas que corresponden a la Calidad de Vida y estas a su vez se relacionan con el tipo de funcionamiento familiar sea funcional o disfuncional, demostrándose en esta relación que es estadísticamente significativa.

Palabras clave:

Depresión, funcionamiento familiar, calidad de vida.

SUMMARY

Introduction. Depression is a mood disorder that causes greater comorbidity in those subjects who present it; there are associated factors such as quality of life and family relationships. **Objective.** To determine the influence of quality of life on the family functioning of patients diagnosed with depression admitted to the Neuroscience Institute of the Welfare Board of Guayaquil. **Methodology.** Non-experimental, cross-sectional, correlational type design, in patients with depression treated at the Neuroscience Institute of the Guayaquil Charity Board, the data was collected using a data sheet with the variables studied. **Results.** It was found that the average age was 32 years of age; with 53.9% in women and 46.1% men; 91% had income for the first time; 93% have diagnoses of depressive episodes; 49% of patients were categorized their family functioning as it would be; Regarding the quality of life 77% were occasional and 24% some; 66% indicated having suicidal ideation and planning. Interpersonal relationships with functional family functioning have a higher average in their scores than patients with dysfunctional family functioning, 13.14 and 9.55 respectively, these differences being statistically significant. **Conclusions.** In patients with episodes of depression, it has been shown that interpersonal relationships, instrumental role and intrapsychic functions are affected and these in turn are related to the type of functional or dysfunctional family functioning, demonstrating in this relationship that is statistically significant.

Keywords:

Depression, family functioning, quality of life.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los trastornos depresivos son una problemática relevante a nivel mundial debido a su alta prevalencia y a su progresivo aumento a través de las décadas. La depresión es un término que es utilizado para dar a conocer una amplia variedad de condiciones que van desde síntomas simples que pueden iniciar con tristeza hasta llegar a un nivel alto de pérdida de ánimo cotidiano por hacer las cosas, llegando a ser una entidad clínica de una gravedad considerable, y con esto perturbar diferentes esferas en el funcionamiento, siendo afectadas directamente en la Calidad de vida y en su funcionamiento familiar.

De esta forma, se han investigado los potenciales factores de riesgo, siendo cada vez mayores las investigaciones que demuestran la importancia de la relación entre funcionamiento familiar y la Calidad de Vida. Al referirse a la calidad de vida se habla del bienestar integral del individuo. Sin embargo, en algunos de los casos solo es entendida desde el cumplimiento de las necesidades materiales y el bienestar físico del sujeto, dejando de lado la salud mental, la cual es fundamental para que el individuo, se sienta cómodo consigo mismo y con su entorno, lo cual hace que sea vista desde manera integral.

Es importante mencionar que también existe un factor protector que es la familia. Al respecto, la concepción del funcionamiento familiar también ha sufrido variaciones debido a que no puede ser entendido por la composición de la misma, sino por como los integrantes del núcleo familiar se relacionan e interactúan entre sí, para dar un mejor funcionamiento en la familia de manera individual y grupal.

Desde este punto, la calidad de vida del individuo se determina por el sentimiento de bienestar global del individuo y el funcionamiento familiar, por la manera como los integrantes de la misma se relacionan entre sí. Se cuenta con estudios previos a la temática estudiarse, los cuales indican que la percepción del bienestar del sujeto se relaciona con la dinámica de relaciones internas, puesto que las mismas se determina por como el sujeto entiende y define a su núcleo familiar.

El Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, hospital de mayor trayectoria de Ecuador, brinda atención y hospitalización a usuarios con trastornos como la depresión, en cuyas historias clínicas es evidente que existen problemas de origen familiar afectando también en la calidad de vida y así también evitando el tratamiento adecuado y eficaz en estos pacientes.

Por tales motivos, en la presenta investigación se propone profundizar en la comprensión de los trastornos depresivos estableciendo cual es la relación entre la calidad de vida y el funcionamiento familiar en depresivos , realizándose mediante un diseño no experimental, observacional, de corte trasversal correlacional, debido a que en la misma se determinó la relación existente entre las dos variables de estudio, desarrollándose en un solo periodo en el tiempo en la población con depresión atendidas en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil.

Para la recolección de datos, lo realizó mediante la aplicación de instrumentos de medición de la calidad de vida y el funcionamiento familiar en pacientes con depresión y finalmente se presentará una discusión a partir de los datos estadísticos pertinentes y las bases teóricas señaladas.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

La depresión es una enfermedad de carácter social, en un estudio de la OMS, refiere que existe aproximadamente 350 millones de personas afectadas con esta enfermedad, lo cual expresa que la depresión es diferente de las fluctuaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales de corta duración a los desafíos de la vida cotidiana y a largo plazo puede convertirse en un grave problema de salud, siendo la causa principal del mal funcionamiento familiar, social y laboral, en peor instancia puede provocar suicidio, siendo este la segunda causa de muerte en edades de 15-29 años de edad, presentándose al año más de 800000 casos de suicidios por depresión a nivel mundial (OMS, 2016).

En América Latina y el Caribe las estadísticas sobre la salud mental en la región revelan que el 22,4% de la población, tienen depresión severa. En países como Brasil y Paraguay, cerca del 10% de los años vividos con discapacidad se deben a estas dolencias. Asimismo, se observa que dichos trastornos tienen una fuerte tendencia a aumentar, esperándose que en el año 2020, cerca de 36 millones de personas padezcan de depresión en esta parte del mundo (Durán, 2005).

Según un nuevo informe de la Organización Panamericana y Mundial de la Salud (Trastornos Mentales OMS/OPS, 2018) ha revelado que en Ecuador, los trastornos depresivos son la primera causa de discapacidad, con el 7,8 por ciento de la discapacidad total. Conjuntamente con otros países de América del Sur: Paraguay, Brasil, Perú, Colombia, son los cinco primeros países en la tabla clasificatoria de la discapacidad por depresión. Todos los países sudamericanos, incluyendo a Ecuador y con excepción de Bolivia, muestran una discapacidad por encima del promedio por países (4,7 por ciento) y del total regional.

En Ecuador, después de las secuelas por maltrato y violencia intrafamiliar, la depresión es la enfermedad de salud mental más atendida, una cantidad considerable presenta problemas depresivo-suicidas; el suicidio se convirtió en una de las principales causas de muerte en el país ocupando el lugar 15 en orden de recurrencia. De acuerdo con el informe del Ministerio

de Salud, los casos -tanto de suicidio como de depresión- han aumentado desde hace 20 años. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2016)

Desde esta perspectiva según los hallazgos encontrados para determinar la calidad de vida depende de varios indicadores los cuales determinan el bienestar de la población en general. Así se reporta según un estudio realizado en 140 ciudades alrededor del mundo, los índices de calidad de vida han disminuido producto de los diferentes eventos que ha conmocionado, puesto que los mismos han generado en los habitantes conflictos económicos y psicológicos, presentando relación directa en el estado de ánimo de los pacientes, siendo la principal causa de depresión. (Cabrera, 2015)

Diversas investigaciones han demostrado también que existe una marcada asociación entre la disfunción familiar en la vida de los pacientes y aumento en los riesgos suicidas en estos individuos. Se ha observado que cuando hay buen funcionamiento familiar, este hace que mejoren las estrategias de afrontamiento, al haber mayor apoyo familiar va a mejorar de manera sustancial la calidad de vida.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la Calidad de Vida en el Funcionamiento Familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión ingresados al Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil?

Preguntas de investigación

1. ¿Cuál es el índice de calidad de vida que tiene los pacientes con diagnóstico de depresión?
2. ¿Cuál es el estado funcional familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión?
3. ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico depresivo y el estado funcional familiar de los mismos?

1.2. JUSTIFICACIÓN

Este estudio será una aportación para la prevención de la población de pacientes con depresión, enfocado a la Calidad de vida y funcionamiento familiar. Se presentarán como herramientas indispensables en la práctica profesional, para proponer centrar el interés en disminuir la sintomatología de los sujetos, sino que además obteniendo un tratamiento integral.

Proporcionar una mayor información acerca de los constructos a estudiar, brindando un enfoque distinto a lo que habitualmente se conoce por calidad de vida y funcionamiento familiar. Desde este punto permitirá reportar valores que puedan ser utilizados como referencia en la práctica clínica obteniendo un perfil descriptivo de cómo la calidad de vida se asocia a una mejor o peor percepción del funcionamiento familiar, elementos importantes y fundamentales para considerar al momento de intervenir.

Se colaborará con la psiquiatría moderna al intentar dilucidar la interrogante que se ha venido planteando sobre cuáles son los factores que predisponen en este tipo de trastornos mentales y a la vez es de utilidad y beneficio social mejorando la relación intrafamiliar para poder tener salud mental, teniendo a largo plazo individuos útiles a la sociedad.

Este estudio se consideró práctico porque actualmente en pacientes hospitalizados con depresión, se puede obtener una adecuada elaboración de la historia clínica y aplicación de las escalas las mismas que nos harán saber si tienen una buena calidad de vida, nos sirve como aporte a la ciencia con datos llevados a la realidad de nuestro país, finalmente dar un aporte metodológico, el mismo que puede ser de referencia para continuar con otros estudios, ya que al correlacionar las disfunciones familiares y la calidad de vida, permitirá que se pueda establecer estrategias de manera más temprana con las cuales será más fácil manejarlas.

1.3. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La realización del estudio es viable por las facilidades prestadas por las autoridades del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, para acceder a los informes diarios e historias clínicas de los pacientes ingresados. Con respecto a los recursos materiales, son objetos básicos de oficina, los cuales fueron costeados por la investigadora.

1.4. FORMULACIÓN DEL OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la correlación de la calidad de vida en el funcionamiento familiar de pacientes con diagnóstico de depresión ingresados al Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, durante el año 2018.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el índice de la calidad de vida que tienen los pacientes con diagnóstico de depresión del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil
2. Especificar el estado funcional familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil
3. Establecer la relación entre la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de depresión del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil y el estado funcional familiar de los mismos.

1.5. HIPÓTESIS

La calidad de vida de pacientes depresivos influye en el funcionamiento familiar.

1.6. VARIABLES

Variable Independiente: Pacientes con Depresión.

Variables Dependientes: Calidad de Vida /Funcionamiento Familiar.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. TEORÍA GENERAL

2.1.1 Pacientes con Depresión

Antecedentes

La depresión es un trastorno del estado del ánimo que ocasiona una mayor comorbilidad en aquellos sujetos que lo presentan. Desde este punto existen diferentes factores asociados a la misma. Como el bienestar desde todos sus ámbitos y el estado funcional de su familia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la depresión afecta a unos 121 millones de personas en el mundo, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones, de estrés. Además, debido a su inicio temprano, a su impacto funcional y a que tiende a la cronicidad y a la recurrencia, actualmente la depresión es una de las principales causas de discapacidad y representa un 4,3% de la carga global de enfermedad.

Depresión

Definición

La depresión es un trastorno del humor, el mismo que presenta un conjunto de síntomas, dentro de los cuales hay un predominio de tipo afectivo, entre los cuales los más característicos son tristeza patológica, desesperanza, anhedonia, apatía, sensación subjetiva de malestar, también puede acompañarse de síntomas de tipo cognitivo, afeción en el estado físico, afectando de manera global el funcionamiento personal y familiar de estos pacientes. (Asociación Americana de Psiquiatría DSM-V, 2014)

La depresión no solo es de manera aislada, sino que se asocia con otras manifestaciones psicopatológicas. Esta se puede plantear a partir de observaciones específicas como por ejemplo deterioro de la apariencia física, personal, enlentecimiento o inhibición motriz, llanto fácil, disminución de la atención, se verbalizan ideas pesimistas, alteración del sueño, quejas somáticas. La base para poder distinguir todos estos cambios de lo ordinario, se va a observar por la persistencia de la clínica, el grado de deterioro funcional social y familiar y consigo también en la calidad de vida de los mismos.

Prevalencia

La prevalencia de este trastorno es variable según el país estudiado y así, el National Comorbidity Survey Replication Americano observó que un 16,2% de las personas presentaron depresión mayor en algún momento de su vida y un 6,6% en los últimos 12 meses (Kessler, y otros, 2003).

Los trastornos depresivos según estudios realizados se sitúan entre 5-10% de la población adulta (10-15% en mujer y 5-12 % en hombres). Dichas cifras aumentan en personas que tienen antecedentes de patologías físicas y en adultos mayores alcanzan hasta al 15%. Así mismo el 15% de la población padece depresión en algún momento de la vida.

Factores de Riesgo

La depresión depende de múltiples factores de riesgo, aunque en la actualidad todavía no se ha logrado establecer las interacciones entre ellos, además de que se desconoce cuál es el peso verdadero de cada uno de ellos en relación a las circunstancias en las que se desarrolla.

Al investigar los factores de riesgo existen algunas limitaciones debido a que no se puede establecer fácilmente las diferencias entre los factores que influyen al inicio o al mantenimiento de la depresión.

Sexo

Existe una relación hombre /mujer de 1:2-3 entre los 12 y 55 años, las mismas que se igualan fuera de este intervalo de edad. Aunque la depresión es más frecuente en la mujer,

se diagnostica más tardíamente que en el hombre por confundírsela con las características psicológicas que se les atribuyen a la mujer, parecen vincularse con la activación de áreas cerebrales específicas y diferentes a las del hombre. En estudios tomográficos se ha demostrado que las mujeres activan bilateralmente la corteza frontal inferior y orbital, en tanto que los hombres activan la corteza frontal inferior y orbital izquierda.

Edad

Hay mayor incidencia de síntomas depresivos en adultos jóvenes en edades entre 18-44 años. Según edad hay diferencias en los síntomas predominantes por ejemplo, existen diferencias por ejemplo en niños son más frecuente la irritabilidad, aislamiento social, quejas somáticas, en el adolescente en cambio presentan trastornos disociales, abuso de sustancias y trastorno de conducta alimentaria. En el anciano suelen ser frecuentes las quejas somáticas y síntomas cognoscitivos como sensación de pérdida de memoria, falta de atención y concentración (sensación de pérdida de memoria, falta de atención).

Genéticos

Más probabilidad en familiares de primer grado.

Factor Social

Estos factores sociales aumentan la vulnerabilidad de algunas personas en el desarrollo de presentar enfermedades de tipo psiquiátrico como:

- Deprivación psicosocial, explotación o abuso extremo, a menudo durante la infancia, en relación con desestructura familiar o social.
- Otros factores relacionados con el entorno social del individuo, por ejemplo, desempleo, condición de explotación laboral, exclusión y rechazo social, vivienda inadecuada, dificultad en la adaptación cultural.

Acontecimientos vitales

Son los que están relacionados con cambios respecto al ajuste habitual del individuo, los mismos que alteran las actividades usuales del individuo, causando problemas en la conducta. Estos acontecimientos implican cambios en las actividades usuales y el factor estresante está en función de la cantidad de cambios que produzcan.

Las emociones negativas van a variar de acuerdo a las circunstancias y la cronicidad o agudeza del estrés. Cuando el estrés es agudo presenta miedo, ansiedad, pero cuando se cronifica este evoluciona a estado de ánimo depresivo.

Psicológicos

Las teorías psicoanalíticas sitúan la vulnerabilidad para la depresión las mismas que se desarrollan a partir de etapas tempranas de la niñez, produciendo posteriormente dificultades. Existen estudios que indican la relación del síndrome depresivo a partir de esquemas cognitivos los mismos que en estos pacientes son indicativos de pensamientos automáticos que producen ideas negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro.

Factores Etiológicos

Genéticos

Los familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo con una prevalencia del 10-15 %, Este tipo de pacientes tienen más vulnerabilidad para sufrir estos trastornos. En el caso de pacientes monocigóticos 50% de probabilidad y en dicigóticos 5-20%. Otro posible mecanismo intracelular es que este alterado el gen que codifica la formación del factor de crecimiento celular (BDNF).

En situaciones de estrés se reprime este gen lo que disminuye el crecimiento neuronal, lo que causa apoptosis y atrofia de estas en el hipocampo. Por tanto, hay menor respuesta de antidepresivos a medida que se van produciendo más episodios depresivos. Teoría confirmada por neuroimágenes donde muestra reducción el tamaño del hipocampo y estructuras relacionadas.

Factores Neuroquímicos

Los neurotransmisores relacionados con depresión son serotonina y noradrenalina. Existe disminución de niveles del metabolito NA 3 metoxi-4 hidroxifenilglicol en sangre y orina en pacientes depresivos, además de disminución de la recaptación de serotonina en pacientes depresivos. También niveles bajos de 5 hidroxindolacético en pacientes suicidas, además de que la depleción de dopamina aumenta riesgo de depresión.

Factores anatómicos.

En los estudios de neuroimagen estructural y funcional se han descrito alteraciones a nivel de ganglios de la base e hipotálamo y en el sistema límbico. Las imágenes obtenidas por tomografía por emisión de positrones y tomografía cerebral con fotón único han permitido visualizar la presencia de déficit de perfusión cerebral en los pacientes deprimidos en el lóbulo frontal izquierdo.

Factores Fisiológicos

Se han observado alteraciones del ritmo circadiano y del ciclo del sueño.

Factores Endocrinos.

Entre estos la alteración de la hormona del crecimiento, aumento de la producción de cortisol, hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, alteración del eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo.

Etiología

Es un hecho que se conoce más sobre los factores de riesgo de la enfermedad que sobre su etiología. Lo más aceptado es que son por alteraciones de la modulación de la plasticidad sináptica y neuronal fundamentales que median las funciones cognitivas y afectivas; es esencialmente un trastorno de sinapsis y circuitos alterados en el que el estrés y ambiente desempeñan papeles fundamentales, donde la afectación en los neurotransmisores, pueden desarrollar problemas en el envío de mensajes entre neurona y neuronas (Teoría Monoaminérgica).

Según su etiología se clasifica en:

- Endógena: No se conoce la causa, pero está ligada a una predisposición constitucional biológica del individuo.
- Psicógena: Esta está asociada a la personalidad o reactiva a los acontecimientos vitales.
- Orgánica: Puede ser secundaria a enfermedad médica o a algún tipo de fármaco.

Criterios diagnósticos

Entre los criterios diagnósticos clínicos más observados, tanto en las investigaciones como en la clínica, se los encuentra dentro de la (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V, 2014) y (Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE 10., 2016).

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo como leve, moderada o grave, (con o sin síntomas psicóticos). En estos deben presentar dos de tres síntomas que son los típicos de la depresión:

- Animo depresivo.
- Perdida de interés y capacidad para disfrutar.
- Aumento de irritabilidad.

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión (tabla 1 y tabla 2 de Anexos), se exponen los criterios de gravedad de un episodio depresivo, según (Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE 10.).

Clasificación de Episodio depresivo

Episodio depresivo leve (F32.0): Los síntomas característicos son: Animo depresivo, aumento de fatigabilidad, disminución de interés y capacidad de disfrutar, al menos deben estar presentes dos de los tres para que sea un diagnóstico definitivo y la menos dos del resto

de síntomas enumerados en la tabla. Ninguno de los síntomas debe ser intenso y debe durar por lo menos dos semanas

Episodio depresivo moderado (F32.1): Debe estar presenta al menos dos de los tres síntomas ya descritos en el episodio depresivo leve y al menos tres o hasta cuatro de los demás síntomas.. Varios de los síntomas se pueden presentar en grado intenso, debe durar por lo menos dos semanas. Tienen grandes dificultades para desarrollar actividad familiar, laboral y social.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2): Presenta considerable agitación o angustia, pero podría haber una inhibición muy marcada. Existe falta de autoestima, sentimientos de inutilidad son importantes además de haber un alto riesgo suicida. También existen síntomas somáticos casi siempre. Deben estar presentes los tres síntomas de la depresión leve y moderada y además por lo menos cuatro síntomas de los demás, pero la intensidad debe ser grave. Debe durar al menos dos semanas, pero si son graves desde el inicio puede justificarse menor duración. Este produce incapacidad en actividad social, familiar y laboral.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos F32: Además de presentar los criterios presentes en el episodio depresivo grave, este presenta síntomas psicóticos caracterizados por ideas delirantes, alucinaciones, estupor depresivo. Las ideas delirantes incluyen culpabilidad, catástrofe inminente. En caso de presentar alucinaciones auditivas u olfativas, estas suelen ser acusatorias o de olores en descomposición. En caso de haber inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta presentar estupor.

Otros episodios depresivos F32.8

Estos no reúnen las características de los anteriores episodios depresivos., pero por la naturaleza depresiva dan impresión diagnóstica de depresión. Entre estos tenemos mezclas de síntomas depresivos especialmente de contenido somático con tensión, preocupación, dolor persistente o cansancio que no son de causas orgánicas.

Trastorno Depresivo Recurrente F33

Caracterizado por episodios repetitivos de depresión que pueden presentar rasgos de depresión leve, moderada o grave, pero sin antes haber tenido episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía. Pueden tener duración de 3-12 meses, con duración media de 6 meses. A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad.

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve F33.0

Debe tener las pautas de trastorno depresivo recurrente y episodio actual tener pautas de episodio depresivo leve. Además, debería por lo menos presentar 2 episodios los cuales deben durar mínimo dos semanas con intervalo de libre alteración del humor por algunos meses.

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado F33.1

Debe tener las pautas de trastorno depresivo recurrente y episodio actual tener pautas de episodio depresivo moderado. Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y separados por varios meses sin alteración del humor.

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos F33.2

Deben satisfacer pautas de trastorno depresivo recurrente y el actual relacionado con episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. Además por lo menos 2 episodios de mínimo dos semanas y haber estado separados por periodo de varios meses sin alteración del humor.

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos F33.3

Debe tener las pautas de trastorno depresivo recurrente además del actual ser episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

El DSM-V tiene una lista de 9 síntomas depresivos, la duración es de al menos dos semanas, además de que se debe manifestar como mínimo de 5 síntomas de los cuales al

menos uno tiene que ser estado de ánimo depresivo, disminución del interés o casi todas las actividades. Se divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave y los códigos son específicos en caso de remisión completa o no o si es específica. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V, 2014). Se establece el diagnóstico con al menos cinco de los síntomas, y debe estar entre ellos la pérdida de interés o del placer, estado de ánimo depresivo. (Tabla 3 Anexo).

2.2. TEORÍAS SUSTANTIVAS

2.2.1 Calidad de Vida y Funcionamiento Familiar

Calidad de vida

Definir que es la calidad de vida a través del tiempo ha sido muy complejo puesto que involucra varios aspectos que conllevan el bienestar del individuo. De este modo cuando se refiere a calidad se habla de que tanto el sujeto se siente cómodo y satisfecho con su existir. Desde esta perspectiva Salas & Garzón, (2013) define a la calidad de vida como “percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal”.

En concordancia con lo expuesto teóricamente el sujeto logra o tiene una buena calidad de vida cuando todas sus necesidades físicas y psicológicas son satisfechas. Así también este concepto puede ser definido como el sentimiento de bienestar consigo mismo y con la comunidad tomando en consideración que el mismo puede ser fluctuante debido a que las necesidades de los sujetos cambian de acuerdo al contexto del mismo.

Por otro lado, la calidad de vida va más allá del bienestar físico del ser humano, puesto que el mismo al ser un ente biopsicosocial, sus necesidades también responden a lo mismo, (Ornelas & Ruíz, 2017, pág. 2). Desde este punto en la actualidad la salud no puede ser entendida meramente solo como los factores de la enfermedad observable o física, puesto que el sujeto también tiene un componente psicológico. El cual en muchos de los casos no es considerado, sin embargo, es muy importante para el adecuado desarrollo del ser humano, por ello, cuando se habla de calidad de vida se hace referencia a la salud física y mental.

En relación a lo anterior no es posible determinar una buena calidad de vida cuando el sujeto tiene todas las condiciones materiales suficientes, sin embargo no poseen una adecuada salud mental o al contrario tiene una buena salud mental pero no tiene los recursos necesarios para proporcionar bienestar al sujeto desde este punto “ese bienestar, es el cumplimiento de las necesidades básicas como la salud, nutrición, educación, vivienda, protección, vestimenta entre otras. Desde esta óptica la organización mundial de la salud OMS (2004), indica que la calidad de vida comprende la salud física y mental y por ende para propiciar la misma, no pueden existir solas. Esta conceptualización es aceptada por varios investigadores (Quinceno y Vinaccia, 2008; Rajmil et al., 2001; Schwartzmann, 2003; Urzúa, 2008). No obstante, cualquiera que sea la definición, debe necesariamente incluir la multidimensionalidad del concepto de Salud, haciendo alusión a la definición de salud dada por la OMS, que señala que no basta la ausencia de enfermedad, sino tener un completo bienestar físico, psicológico y social. (OMS, 2016)

Del mismo modo, se establecen puntos de consenso con respecto a las medidas de Calidad de Vida, estas deber ser: Subjetivas (evalúa percepción de la persona involucrada); multidimensionales (releva distintos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal, etc.); incluir sentimientos positivos y negativos y registrar la variabilidad en el tiempo (edad, etapa evolutiva que atraviesa y momento de la enfermedad que cursa).

Como se ha mencionado con anterioridad el concepto de calidad de vida abarca diferentes constructos. En relación a ello se indica diferentes dimensiones por las cuales explica que es la calidad de vida.

- Calidad del entorno, este explica que se refiere a contexto en el cual el ser humano vive, y se desarrolla a diario. Dentro de este punto indica que dicho entorno deber tener todas las garantías para el aseguramiento pleno del sujeto.
- Calidad de acción, se refiere a como el individuo reacciona frente a una situación determinada.

Con lo reciente mencionado, podemos llegar a la conclusión de que la calidad de vida puede incluir perspectivas objetivas y subjetivas en cada dominio. La evaluación objetiva se centra sobre lo que los individuos pueden hacer y es importante es la definición de estado de

Salud. En cambio, la evaluación subjetiva incluye el significado en lo individual del paciente, traduciendo las mediciones objetivas del estado de Salud hacia las experiencias en la Calidad de Vida.

Finalmente cabe destacar que en el transcurso del tiempo la evaluación de la calidad de vida se ha ido convirtiendo en una parte integral de la evaluación clínica estándar, que le proporciona al clínico desde el punto de vista del paciente sobre su trastorno y tratamiento y al mismo tiempo como ambos afectan en su vida cotidiana.

Características de la Escala de Vida (Quality of Life Scale, QLS)

Aunque originariamente desarrollada para evaluar los síntomas deficitarios en los pacientes esquizofrénicos, aunque en la actualidad también se la utiliza para evaluar otros trastornos mentales, entre estos la depresión. (Vallejo J. , 2012, pág. 2377)

Marco Conceptual: en la evaluación de los pacientes conviene tener en cuenta los síntomas deficitarios y el deterioro del funcionamiento.

Estructura: Consta de 21 ítems, que proporciona información sobre síntomas y nivel de funcionamiento. Los ítems se agrupan en cuatro categorías: Funciones intrapsíquicas, relaciones interpersonales, rol instrumental y objetos comunes y actividades.

Administración: Entrevista semiestructurada, la valoración es realizada por el clínico en contraposición a la naturaleza subjetiva de calidad de vida.

Puntuación: Las puntuaciones se realizan usando una escala de 6 grados (A mayor puntuación mejor funcionamiento). Proporciona una puntuación global y puntuaciones en cada una de las cuatro categorías.

Calidad de Vida en pacientes con Depresión

Los estudios realizados a finales de la década de 1980 sobre calidad de vida de los enfermos depresivos llamaron la atención sobre el importante deterioro que produce en quienes la padecen. El estudio señalaba como la mera presencia de síntomas depresivos,

cumpliesen o no los criterios de trastorno depresivo producía un deterioro en la calidad de vida mucho mayor que en enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes o artritis. Únicamente la enfermedad coronaria afecta a la calidad de vida de manera comparable con la depresión. (Vallejo, 2012, pág. 2381)

Dentro de la depresión, existe un gradiente de afectación de la calidad de vida en función del subtipo diagnóstico. Así la Distimia se asocia a peor calidad de vida que el episodio depresivo mayor y la depresión recurrente afecta la calidad de vida más que la Distimia y la depresión de manera aislada. En cuanto a la calidad de vida en la depresión cuanto más grave es la intensidad del cuadro depresivo peor es el nivel de Calidad de Vida. (Vallejo, 2012)

Familia

Para comprender que es el funcionamiento familiar es fundamental definir qué se entiende por familia. En este sentido la familia es unidad básica estructural de toda sociedad, pues se convierte en el sostén de la misma, puesto que es dentro de esta, donde el sujeto aprende como interactuar con su entorno y sus integrantes. En relación a ello Ortiz, (2010) menciona que la misma se refiere al conjunto de individuos unidos entre sí, por lazos sanguíneos y afectivos, que pretenden un mismo fin.

Desde este enfoque la familia cumple un rol importante en la sociedad debido a que la misma, además de brindar el primer conocimiento sobre el mundo que lo rodea, brinda e instaure patrones de comportamiento en el individuo. De este modo Quesada, (2006) indica que la familia es fundamental para el correcto desarrollo de la sociedad, puesto que explica de que la forma en como los miembros de la familia interactúan entre si son determinantes en como los mismos se comportan fuera de ella.

Funciones de la familia

Familia es un ente importante en la sociedad y por ello esta cumple funciones con el fin de asegurar el desarrollo personal de sus miembros. Cala & Tamaño (2013) Por su parte menciona que, dichas funciones son básicas y necesarias para la satisfacción de las necesidades de sus miembros, asegurando de esta manera un adecuado crecimiento.

Tipos de familia

La familia a través del tiempo ha tenido que ajustarse a los diversos cambios dentro y fuera de su núcleo. Por ello es que hoy por hoy se toman en consideración la diversidad de la misma, Sisedos & Martin (2012) en relación a ello indica que el trascurso del tiempo a lo largo de la historia ha sido fundamental para dejar de lado la idea tradicional que solo puede entenderse como familia la unión de dos personas heterosexuales, y comprender que pueden existir nuevos modelos de la misma.

Funcionamiento familiar

El funcionamiento familiar se define como un estado modificable que se encuentra en constante cambio, puesto que la familiar al cumplir un ciclo siempre está sujeta a cambios y modificaciones dentro de la misma. Dentro de esta perspectiva Fuentes & Merino (2016) explican que es imposible definir al funcionamiento de la familia como una constante debido a que la misma posee la capacidad de moldearse de acuerdo a las circunstancias que se presenten. Esto significa que todos los miembros de la familia deben cumplir con eficacia los roles que les corresponde, debiendo considerarse que este es un factor determinante de la salud tanto física como mental de la familia (Rivera & Sánchez, 2014).

En este sentido Ortiz, (2010) explica que este es el resultado de varios componentes estructurales de la familia, tales como la comunicación, afecto, recursos, cohesión entre otros. Al respecto se entiende que el funcionamiento familiar se debe a la interrelación existen entre cada uno de los miembros del sistema familiar.

El funcionamiento familiar se debe a la interrelación dentro del sistema, denominado dinámica de relaciones internas. El cual indica que se constituye por diferentes categorías, las mismas que se señalan a continuación.

- **Cohesión:** son los vínculos afectivos existentes en cada uno de sus miembros.
- **Armonía:** se refiere a cuando todos los miembros de la familia muestran simpatía por los gustos e intereses de cada uno los integrantes.

- **Comunicación:** es la facultad de cada uno de sus integrantes para expresar se forma clara y directa sobre sus interés y necesidades
- **Afectividad:** se trata de la capacidad de todos los miembros de la familia para dar y revivir afecto.
- **Roles:** se refiere a la responsabilidad y respeto por los papeles que cada sujeto ocupa dentro del núcleo familiar.
- **Permeabilidad:** es cuando la familia tiene la habilidad necesaria para interactuar con las demás y aprende de ellas.

Estado funcional de la familia

El funcionamiento de la familia puede ser de dos tipos, funcional y disfuncional.

Familia Funcional: es cuando el sistema familiar, opera de una forma adecuada. Debido a que la misma procura el desarrollo integral de todos sus integrantes de este modo Louro, (2004) expresa que una familia logra un óptimo funcionamiento cuando esta cumple todas las necesidades básicas del individuo además del aseguramiento de un óptimo funcionamiento de las dinámicas de relaciones internas de la familia.

Familia Disfuncional: Existe un desequilibrio del sistema familiar, en el que las situaciones estresantes provocan trastornos en la esfera de cualquier ámbito, ya sea físico o emocional que puede ser de uno o de todos los miembros en diferente grado, de acuerdo a la vulnerabilidad individual.

Pueden existir conflictos, mala conducta, abuso, por parte de los miembros de la familia, produciendo de manera continua efectos en los demás, haciendo que este comportamiento sea considerado como algo normal.

Una familia disfuncional existe un comportamiento inadecuado que puede ser de uno de los padres, el mismo que hace que no se relacionen saneamiento los miembros, por tal motivo es indispensable que los padres tengan estabilidad emocional y psicológica para que haya un buen funcionamiento familiar. (p. 67)

Características de una familia disfuncional

Existen algunos factores que deben analizarse para poder definir una familia disfuncional:

Relación Disfuncional entre madre y padre: Aunque existe algunas variedades de posibles tipos de uniones que conforman el hogar, hay que tener en cuenta que cuando hay falta de comunicación, mal acoplamiento psicológico, emocional o cuando hay algún tipo de desigualdad entre los padres, esto hará que se cree un ambiente inseguro, en el cual al haber estas dificultades ningún otro miembro podrá encontrar la capacidad de asumirlo.

Machismo: En este caso puede haber discriminación hacia el género femenino, en el cual el hombre al creerse superior, lo que conlleva a que la mujer sea sometida y tenga que soportar ciertos tipos de comportamiento, que vaya en contra de su integridad física, psicológica o emocional. Esto hará que en los niños se de marcadas diferencias de género, no expresen emociones, no cumpliendo algunos roles ni tareas del hogar y en las niñas tenderán a ser dóciles y frágiles, siendo el principal factor de violencia intrafamiliar.

Violencia intrafamiliar: Esta englobando comportamientos en contra de cualquiera de los miembros, haciendo que exista un agresor y una víctima, Existen algunos tipos de violencia dependiendo de la esfera interrumpida en la víctima.

Adicciones: Inicialmente el problema se enfoca en el miembro afectado de la familia, pero con el tiempo esto se dispersa a todos los familiares, haciendo que se intente ocultar socialmente este hábito para posteriormente ser un problema crónico en el que todos los familiares se verán afectados.

Falta de seguridad: Como se ha mencionado anteriormente, la familia es la unidad social básica en donde el ser humano se desarrolla de una manera íntegra, cuando esta base se desequilibra la persona se volverá desconfiada y frágil.

Circulo vicioso de las generaciones: Lo más común observado es que un padre que tenga algún tipo de adicción o comportamiento, el hijo formara una familia exactamente igual, el mismo que tiene relación con la raíz genética, considerándose como un factor principal.

Negación: Así como en muchas otras situaciones o trastornos en los que se requieren ayuda externa, como es el caso de la disfuncionalidad, la cabeza de la familia, es decir a la pareja, le cuesta admitir que no fueron capaces de crear un ambiente sano o simplemente se centran en que, como todos los demás, tienen problemas, pero que sin embargo, con el transcurrir del tiempo, no son capaces de remediarlos; haciendo que se formen un cúmulo de problemas, de que cada más difícil solución .

Otras características: Comunicación paterna pobre, baja autoestima y falta de identidad. Incapaces de identificar y expresar emociones, irrespeto a la familia, Vida personal rígida y estructurada, miedo de fracasar propensión a ser emocionalmente inestables, sufrir trastornos del humor.

2.3. REFERENTES EMPÍRICOS

Dentro de este marco, se ha recopilado investigaciones previas referentes a la temática a ser estudiada de este modo, la primera investigación corresponde a Suarez, (2013) con el tema de estudio “Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública”, el objetivo del mismo fue determinar entre las dimensiones de calidad de vida relacionadas son la salud y estilo de funcionamiento familiar en adolescentes, de ambos sexos, con diagnóstico de depresión atendidos en centros de salud pública. La metodología utilizada contaba con un enfoque cuantitativo, con un nivel de profundidad descriptivo, el diseño implementado fue no experimental de corte trasversal.

La población estudiada consistió en 40 jóvenes de los cuales 31 fueron mujeres y 9 eran hombres, entre las edades comprendidas de 15 y 18 años. Los instrumentos utilizados para recopilación de información fueron la ficha de selección y caracterización de la muestra, escala de funcionamiento familiar y el cuestionario de KIDSCREEN. Los resultados arrojados fueron que calidad de vida y el funcionamiento familiar presenta una correlación estadísticamente significativa.

La segunda corresponde a una investigación donde se examinó el efecto de los síntomas depresivos y la satisfacción con el apoyo familiar en la calidad de vida relacionada con la salud física y mental. Los datos se obtuvieron de la encuesta de referencia del Proyecto FAMILIA de Hong Kong, (2013) la que incluyó a 16,039 residentes de la comunidad (edad

≥20). El Funcionamiento familiar se midió utilizando el cuestionario Adaptación familiar, asociación, crecimiento, afecto, resolución (APGAR, rango 0-10). La Calidad de vida se evaluó utilizando la versión 2 de SF-12. Los síntomas depresivos se registraron utilizando el Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9).

En este estudio se llegó a la conclusión de que el apoyo familiar y la presencia de síntomas depresivos si se asociaron significativamente con la Calidad de vida en una muestra representativa de la población general en Hong Kong. Entre los participantes con síntomas depresivos, el alto apoyo familiar también mostró un papel protector significativo contra el deterioro de la Calidad de Vida para las mujeres pero no para los hombres. Para los profesionales de atención primaria y los trabajadores sociales, la evaluación del apoyo familiar puede valer la pena en personas con síntomas depresivos

Otra investigación realizada en el año 2014, titulada “ Determinar la prevalencia y relación entre Ideación Suicida y Clima Social Familiar en estudiantes de cuarto y quinto grado de Educación Secundaria de una I. E. Estatal de Chiclayo, la misma que corresponde a (Prado, 2014) obteniendo que sí existe relación (-0.874) entre dichas variables. Dicho estudio fue realizado con 281 estudiantes del sexo femenino y el instrumento que se utilizó fue la Escala de Ideación Suicida .En los resultados se evidencio que a mayor clima social familiar existía menor nivel de idea suicida, donde se obtuvo que el 19% de los estudiantes presenta un nivel "alto", el 30% un nivel "medio" y el 51% un nivel "bajo".

La investigación perteneciente a Soto, Leom & Castañeda (2015), con el tema de investigación “Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes embarazadas derecho habientes de una calidad de medicina familiar del estado de sonora”, el objetivo del mismo consistía en determina la calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes embarazadas atendidas en la unidad de medicina familiar. Para ello, utilizo un diseño trasversal de tipo descriptivo. La población de estudio constaba de 65 jóvenes adolescentes en estado de embarazo, en edades de 5 y 19 años de edad. Las mismas que fueron evaluadas con los instrumentos SF – 36 que evalúa la calidad de vida y el APGAR familiar el cual evalúa la percepción del funcionamiento familiar. En relación a lo anterior, los resultados encontrados indican que 8 de cada 10 jóvenes adolescentes embarazadas presenta una buena calidad de vida.

Existe otro estudio en el año 2015-2016 transversal en 176 adultos de 20 a 60 años de edad seleccionados, en el que se comparó la funcionalidad familiar con el Test de Percepción del Funcionamiento Familiar y el grado de depresión con el Test Mayor Depresión. Las Familias Funcionales fueron el 38.6% y las Familias Moderadamente Funcionales el 23.3% sin depresión. La depresión severa predominó en las Familias Moderadamente Funcionales en el 7.3%, seguidas de las Familias Disfuncionales 3.9% y en las Severamente disfuncionales 3.9%. Se observó relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión ($p=0.001$). Llegando a la conclusión de que la funcionalidad familiar está relacionada con el grado de depresión, influyendo en presencia o ausencia de depresión en los adultos.

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. MATERIALES

3.1.1. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio fue realizado en el Instituto de Neurociencias, ubicado en la avenida Pedro Menéndez Gilbert de la ciudad de Guayaquil – Ecuador.

3.1.2. PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN

De enero a diciembre de 2018

3.1.3. RECURSOS UTILIZADOS

Recursos humanos

- Investigador
- Tutor

Recursos físicos

- Historias clínicas
- Computador
- Impresión
- Hojas
- Artículos de oficina
- Red de banda ancha

3.1.4. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo y la muestra fueron 102 pacientes con diagnóstico de depresión ingresados al instituto de neurociencias; y la muestra fue igual al universo de acuerdo a los criterios de selección.

3.2. MÉTODO

3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación según el nivel de profundidad de la investigación será correlacional puesto la misma tendrá el fin de establecer la relación existente entre la calidad de vida y el funcionamiento familiar en pacientes diagnosticados con depresión.

3.2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño a utilizarse es el no experimental, observacional, de corte transversal tipo correlacional y retrospectiva, puesto que el presente trabajo de investigación consistirá en establecer la relación entre la calidad de vida y el funcionamiento familiar, en un solo periodo determinado desde Enero a Diciembre 2018.

Para el presente estudio de investigación se usó el enfoque cuantitativo, en el que para la recopilación de datos se lo realizó mediante la aplicación de instrumentos estandarizados que recogen datos cuantificables, para ser analizados estadísticamente.

3.2.3. GESTIÓN DE DATOS

Se aplicó un formulario de recolección de datos y un cuestionario sobre la calidad de vida (Anexo 1 y 2) donde se evaluaron cuatro factores, lo mismos que constan de 21 ítems que se agrupan en los siguientes factores:

Relaciones interpersonales: experiencia interpersonal y social (ítems 1-8)

Rol instrumental: trabajo ,estudio, deberes parentales (ítems 9-11)

Funciones intrapsíquicas: cognición , conación y afectividad: (ítems 13-17,20-21)

Actividades comunes: (ítems 18-19), además se procedió a obtener datos de la historia clínica para poder determinar el funcionamiento familiar el mismo que se lo clasifico como funcional y disfuncional, luego de lo cual se determinó la relación de la calidad de vida y su relación con el funcionamiento familiar en pacientes depresivos.

El análisis estadístico descriptivo comprendió el cálculo de la media para las variables cuantitativas y tablas de frecuencia para variables cualitativas. Posteriormente, en el análisis inferencial se aplicó la prueba estadística t de igualdad de medias que permite analizar las correlaciones entre las variables de puntuaciones de las dimensiones del perfil de calidad de vida según la variable funcionamiento familiar. Todos los cálculos mencionados fueron realizados en el programa SPSS versión 22.0, así como las gráficas ilustrativas relacionadas.

3.2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión: Pacientes atendidos por depresión grave, que fueron hospitalizados, durante el año 2018.

Criterios de exclusión: Pacientes atendidos y hospitalizados por depresión leve y moderada y los pacientes que sean fuera del período de estudio.

3.2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente	Dimensiones	Indicadores	Verificadores	Técnica/ Instrumento
Depresión	Clasificación CIE10	Episodio depresivo leve Episodio depresivo moderado Episodio depresivo grave, con síntomas psicóticos. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos Episodio depresivo recurrente leve Episodio depresivo recurrente leve Episodio depresivo recurrente moderado Episodio depresivo recurrente grave.	Si /No Si/ No Si/ No Si /No Si/ No Si /No Si /No Si /No	Instrumento Obtenido de la Historia Clínica historia

Variabes dependientes	Dimensiones	Indicadores	Escala	Técnica / Instrumento
Calidad de Vida	Relaciones interpersonales	Miembros De La Familia	Ítem 1	Técnica Psicométrica Instrumento Escala de calidad de vida obtenida (Quality of life Scale, QLS).
		Amigos	Ítem 2	
		Conocidos	Ítem 3	
		Actividad Social	Ítem 4	
		Red Social	Ítem 5	
		Iniciativas Sociales	Ítem 6	
		Retraimiento Social	Ítem 7	
		Relaciones Socio Sexuales	Ítem 8	
	Rol instrumental	Extensión	Ítem 9	
		Idoneidad	Ítem 10	
		Desempleo	Ítem 11	
		Satisfacción	Ítem 12	

	Funciones intrapsíquicas y objetos y actividades comunes	Propósito	Ítem 13
		Motivación	Ítem 14
		Curiosidad	Ítem 15
		Anhedonia	Ítem 16
		Utilización Del Tiempo	Ítem 17
		Objetos	Ítem 18
		Actividades	Ítem 19
		Empatía	Ítem 20
		Interacción	Ítem 21

Variables dependientes	Dimensiones	Indicadores	Verificadores	Técnica / Instrumento
Funcionamiento familiar	Dinámica de relaciones internas	Ninguna	0	Instrumento Áreas de Funcionamiento obtenidas en Historia Clínica
		Mínima	1	
		Moderada	2	
		Sustancial	3	
		Seria	4	
		Masiva	5	

3.2.6. CRITERIOS ÉTICOS

Este trabajo se realizó con el fin de aportar a la comunidad con una investigación de calidad para el enriquecimiento teórico del tema a estudiar. Garantiza que toda la fundamentación teórica y metodológica para la realización del mismo es autoría propia con el adecuado sustento científico. Debido a que todas las fuentes utilizadas para desarrollar el estudio serán citadas y referenciadas de acuerdo a la normativa establecida.

En relación a lo anterior para el desarrollo del estudio se contó con una población delimitada. A la cual se pidió el consentimiento libre y voluntario para participar dentro de la misma. Asimismo, se les informó que se respetara la identidad de cada uno de ellos, resguardando su integridad física y emocional. Estableciendo que toda la información

recabada no será utilizada para otros fines que no sean académicos. Además, se solicitó la autorización respectiva a los representantes de Instituto de Neurociencias.

3.2.7. CRONOGRAMA

Actividades	MESES																
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	
Elaboración y aprobación del tema	X	X															
Elaboración del anteproyecto			X	X													
Recolección de datos y aplicación de la escala					X	X	X	X	X	X							
Procesamiento y presentación de los resultados											X	X					
Análisis de datos de la investigación													X				
Redacción del Trabajo Final													X				
Correcciones del TFT														X			
Presentación del informe TFT															X		
Sustentación del TFT																	X

3.2.8. PRESUPUESTO DE INVESTIGACION

EQUIPOS	CANTIDAD	COSTO	COSTO
		UNITARIO	TOTAL
Copias	150	10	15
Computadora	1	600	600
Tutorías de tesis	2	200	400
Transporte	20	3	60
Impresiones de borradores	5	25	125
Impresión y empaste de trabajo de investigación	3	100	300
Otros Material de escritorio e imprevistos	1	80	80
Total			1560

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Para dar a conocer los resultados, se ha organizado la información a partir de las características demográficas, luego de las cuales se describirán los resultados que dan respuesta a los objetivos planteados para realizar esta investigación.

4.1.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES DEPRESIVOS CON SU CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

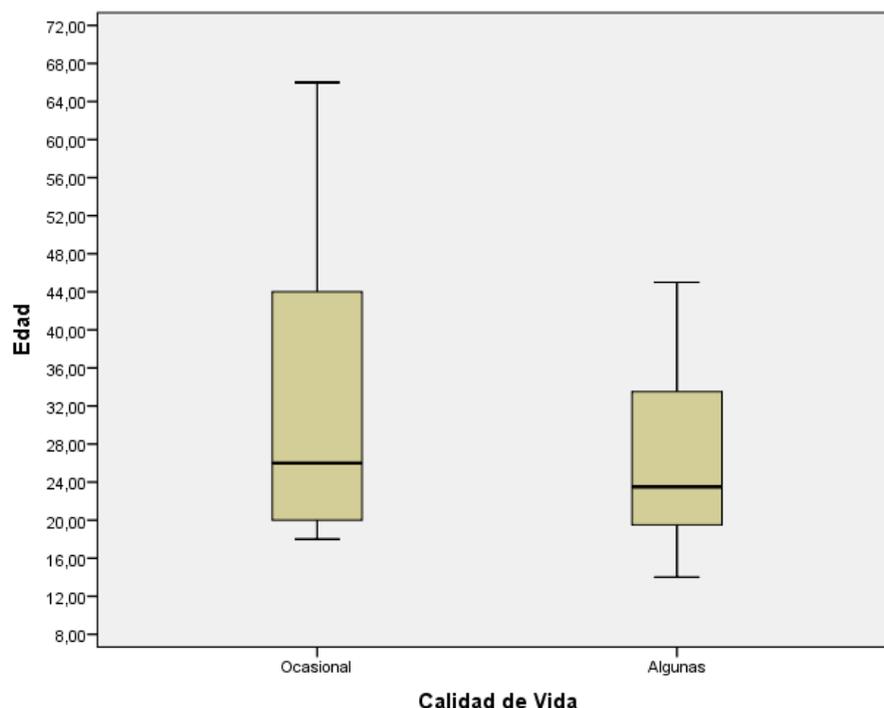
En el cuadro 1, se muestran las características demográficas y clínicas de los pacientes con depresión. La edad promedio es de 32 años de edad; el 53.9% fueron mujeres y 46.1% hombres; el 91% tuvieron ingresos por primera vez; el 93% tienen diagnósticos de episodios depresivos; el 49% de los pacientes fue categorizado su funcionamiento familiar como seria; respecto a la calidad de vida el 77% fue ocasional y el 24% algunas; sobre la conducta suicida el 66% indicó tener ideación y planeación suicida y el 23% indicó tener solo ideación suicida.

Cuadro 1. Características demográficas y clínicas de pacientes depresivos con su calidad de vida y funcionamiento familiar

		Media	No.	%
Edad		31,60		
Sexo	Hombre		47	46,1%
	Mujer		55	53,9%
	Total		102	100,0%
Ingreso	Primera vez		93	91%
	Subsecuente		9	9%
	Total		102	100,0%
Diagnóstico	Episodio depresivo		95	93%
	Trastorno depresivo recurrente		7	7%
	Total		102	100,0%
Funcionamiento familiar	Ninguna		2	2,0%
	Mínima		5	4,9%
	Moderado		7	6,9%
	Sustancial		27	26,5%
	Seria		50	49,0%
	Masiva		11	10,8%
	Total		102	100,0%
Calidad de Vida	Ocasional		78	76,5%
	Algunas		24	23,5%
	Total		102	100,0%
Conducta suicida	Ninguna		11	10,8%
	Ideación suicida		23	22,5%
	Planeación suicida		1	1,0%
	Ideación suicida + planeación suicida		67	65,7%
	Total		102	100,0%

Fuente: Hoja de datos de la entrevista

En el diagrama de cajas se observa la mediana de la variable edad según la calidad de vida; así tenemos que en los pacientes depresivos con calidad de ocasional el 50% de los pacientes tienen edades mayores o iguales a 26 años de edad y en el grupo con calidad de vida algunas el 50% tienen edades mayores o iguales a 24 años de edad. (Gráfico 1)



Fuente: Hoja de datos de la entrevista

Gráfico 1. Diagrama de Cajas de la variable edad de los pacientes con depresión según calidad de vida

4.1.2. ANALISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS.

A continuación, se presenta el análisis estadístico descriptivo e inferencial de una población de 102 pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

Se observó que la edad promedio de pacientes con depresión fue de 32 años de edad; de los cuales el 49% de los pacientes fue categorizado su funcionamiento familiar como seria la cual indica disfuncionalidad; respecto a la calidad de vida el 77% fue ocasional y el 24% algunas; 66% indicó tener ideación y planeación suicida.

De las relaciones interpersonales con funcionamiento familiar funcional tienen una media en sus puntuaciones mayor que los pacientes con funcionamiento familiar disfuncional, 13.14 y 9.55 respectivamente, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

ANALISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN

En cuanto a la Calidad de Vida se ha utilizado algunos parámetros los cuales miden la calidad de vida dentro de los cuatro parámetros siguientes:

Relaciones interpersonales

Del total de pacientes con depresión, el 23.5% dijo no tener ninguna relación con la familia y un 56.9% contestó que tiene una relación ocasional; el 74.5% tiene relación con otras personas de forma ocasional; el 77.5% realiza de forma ocasional actividades solamente con conocidos; el 44.1% indicó no tener ninguna actividad social y un 55.9% lo tiene de forma ocasional; 62.4% no forma parte de red social implicada; el 72.3% no tiene iniciativa social; el 52% sin contacto social; y el 74.5% no tiene relaciones sexuales y sociales. Estos porcentajes indican claramente que tienen malas relaciones interpersonales, los mismos que se encuentran especificados de manera individual (Cuadro 3)

Rol instrumental

Del total de pacientes el 52.9% tiene rol ocupacional ocasional, el 63.7% tiene un nivel de realización del rol ocupacional ocasional, el 69.6% tiene un grado de rendimiento en el trabajo ocasional y un 55.9% no tiene satisfacción en el rol ocupacional. (Cuadro 3).

Funciones intrapsíquicas

Del total de pacientes, el 71.6% tiene resolución ocasional, el 52.9% no tiene ninguna motivación, el 67.6% tiene curiosidad ocasional, el 68.6% no tiene anhedonia, el 57.8% tiene utilización del tiempo ocasional, el 23.5% dijo no tener ninguna capacidad de empatía y un 56.1% lo tiene de forma ocasional, el 12.7% dijo no tener ninguna capacidad de interacción con el entrevistador, un 36.3% lo tuvo de forma ocasional y el 45.1% dijo algunas veces. (Cuadro 3)

Objetivos y actividades comunes

Del total de pacientes el 37.3% ocasionalmente usa objetos corrientes y un 47.1% algunas veces; el 10.8% no realiza actividades cotidianas, un 35.3% lo hace de forma ocasional y un 47.1% lo hace con mayor frecuencia. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Perfil de calidad de vida en pacientes con depresión

Perfil de Calidad de Vida		No.	%	Perfil de Calidad de Vida		No.	%		
RELACIONES INTERPERSONALES	Relación con la familia	Ninguna	24	23,5%	FUNCIONES INTRAPSÍQUICAS	Resolución	Ninguna	18	17,6%
		Ocasional	58	56,9%			Ocasional	73	71,6%
		Algunas	18	17,6%			Algunas	11	10,8%
		Adecuada	2	2,0%			Adecuada	0	0,0%
		Total	102	100,0%			Total	102	100,0%
	Relación con otras personas	Ninguna	8	7,8%		Nivel de motivación	Ninguna	54	52,9%
		Ocasional	76	74,5%			Ocasional	45	44,1%
		Algunas	17	16,7%			Algunas	3	2,9%
		Adecuada	1	1,0%			Adecuada	0	0,0%
		Total	102	100,0%			Total	102	100,0%
	Actividad con conocidos	Ninguna	15	14,7%		Curiosidad	Ninguna	24	23,5%
		Ocasional	79	77,5%			Ocasional	69	67,6%
		Algunas	8	7,8%			Algunas	9	8,8%
		Adecuada	0	0,0%			Adecuada	0	0,0%
		Total	102	100,0%			Total	102	100,0%
	Nivel de actividad social	Ninguna	45	44,1%		Anhedonia	Ninguna	70	68,6%
		Ocasional	57	55,9%			Ocasional	30	29,4%
		Algunas	0	0,0%			Algunas	2	2,0%
Adecuada		0	0,0%	Adecuada	0		0,0%		
Total		102	100,0%	Total	102		100,0%		
Red social implicada	Ninguna	63	62,4%	Utilización del tiempo	Ninguna	26	25,5%		
	Ocasional	34	33,7%		Ocasional	59	57,8%		
	Algunas	4	4,0%		Algunas	17	16,7%		
	Adecuada	0	0,0%		Adecuada	0	0,0%		
	Total	101	100,0%		Total	102	100,0%		
Iniciativa social	Ninguna	73	72,3%	Capacidad de empatía	Ninguna	23	23,5%		
	Ocasional	28	27,7%		Ocasional	55	56,1%		
	Algunas	0	0,0%		Algunas	20	20,4%		
	Adecuada	0	0,0%		Adecuada	0	0,0%		
	Total	101	100,0%		Total	98	100,0%		
Retraimiento social	Sin contacto social	53	52,0%	Capacidad de interacción con el entrevistador	Ninguna	13	12,7%		
	Ocasional	41	40,2%		Ocasional	37	36,3%		
	Algunas	8	7,8%		Algunas	46	45,1%		
	Adecuada	0	0,0%		Adecuada	6	5,9%		
	Total	102	100,0%		Total	102	100,0%		
Relaciones sexuales y sociales	Ninguna	76	74,5%	OBJETIVOS Y ACTIVIDADES COMUNES	Uso de objetos corrientes	Ninguna	7	6,9%	
	Ocasional	26	25,5%			Ocasional	38	37,3%	
	Algunas	0	0,0%			Algunas	48	47,1%	
	Adecuada	0	0,0%			Adecuada	9	8,8%	
	Total	102	100,0%			Total	102	100,0%	
ROL INSTRUMENTAL	Rol ocupacional	Ninguna	3		2,9%	Actividades cotidianas	Ninguna	11	10,8%
		Ocasional	54		52,9%		Ocasional	36	35,3%
		Algunas	44		43,1%		Algunas	48	47,1%
		Adecuada	1		1,0%		Adecuada	7	6,9%
		Total	102		100,0%		Total	102	100,0%
	Nivel de realización del rol ocupacional	Ninguna	3		2,9%				
		Ocasional	65		63,7%				
		Algunas	33		32,4%				
		Adecuada	1		1,0%				
		Total	102		100,0%				
	Grado de rendimiento en el trabajo	Ninguna	16		15,7%				
		Ocasional	71		69,6%				
Algunas		15	14,7%						
Adecuada		0	0,0%						
Total		102	100,0%						
Satisfacción en rol ocupacional	Ninguna	57	55,9%						
	Ocasional	44	43,1%						
	Algunas	1	1,0%						
	Adecuada	0	0,0%						
	Total	102	100,0%						

Fuente: Hoja de datos de la entrevista

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON DEPRESIÓN.

Del total de pacientes que tienen un funcionamiento familiar mínimo o ninguno, el 85.7% tiene una calidad de vida ocasional; así mismo, los pacientes con un funcionamiento moderado – sustancial indicaron tener el 82.4% una calidad de vida ocasional; y en el caso de pacientes con funcionamiento familiar serio – masiva el 72.1% fue una calidad de vida ocasional y el 27.9% fue categorizada como algunas. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Clasificación de pacientes con depresión según el funcionamiento familiar

Funcionamiento Familiar		Calidad de Vida		Total
		Ocasional	Algunas	
Ninguna - Mínima	Recuento	6	1	7
	%	85,7%	14,3%	100,0%
Moderada - Sustancial	Recuento	28	6	34
	%	82,4%	17,6%	100,0%
Seria - Masiva	Recuento	44	17	61
	%	72,1%	27,9%	100,0%
Total	Recuento	78	24	102
	%	76,5%	23,5%	100,0%

Fuente: Hoja de datos de la entrevista

RELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL ÍNDICE DE LAS DIMENSIONES DEL PERFIL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN

Se procedió a comparar las medias de las dimensiones del perfil de calidad de vida en pacientes con depresión versus la variable funcionamiento familiar, se aplicó la prueba estadística t para igualdad de medias y se obtuvo en la dimensión de relaciones

interpersonales que los pacientes con funcionamiento familiar funcional tienen una media en sus puntuaciones mayor que los pacientes con funcionamiento familiar disfuncional, 13.14 y 9.55 respectivamente, siendo estas diferencias estadísticamente significativa.

En la dimensión del rol instrumental tienen en promedio mayor puntuación los que tienen funcionamiento familiar funcional 10.14 que los disfuncionales 8.09; en el rol de funciones intrapsíquicas tienen mayor puntuación promedio las familias funcionales versus las disfuncionales; y de forma global las puntuaciones de las familias funcionales tienen un promedio mayor de 43.43 versus las familias disfuncionales 35.61 siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

De forma general en este estudio se ha evidenciado que los pacientes con episodios de depresión se ven afectada las relaciones interpersonales, el rol instrumental y las funciones intrapsíquicas y Actividades comunes , los mismos que de forma global pertenecen a la Calidad de Vida y esta a su vez se relacionan con el tipo de funcionamiento familiar sea funcional o disfuncional, siendo este resultado estadísticamente significativo. (Cuadro 4)

Cuadro 4. Relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en pacientes con depresión

Funcionamiento familiar		N	Media	prueba t para la igualdad de medias			
				t	p valor	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
						Inferior	Superior
I. RELACIONES INTERPERSONALES	Funcional	14	13,14	3,717	,000	1,677	5,518
	Disfuncional	88	9,55	2,297	,038	,239	6,956
II. ROL INSTRUMENTAL	Funcional	14	10,14	3,419	,001	,861	3,243
	Disfuncional	88	8,09	2,349	,034	,184	3,920
III. FUNCIONES INTRAPSIQUICAS	Funcional	14	13,29	2,683	,009	,477	3,185
	Disfuncional	88	11,45	2,258	,039	,110	3,553
IV.OBJETIVOS Y ACTIVIDADE COMUNES	Funcional	14	7,57	1,887	,062	-,058	2,291
	Disfuncional	88	6,45	1,752	,098	-,231	2,464
Puntaje Global	Funcional	14	43,43	4,238	,000	4,157	11,473
	Disfuncional	88	35,61	2,737	,016	1,700	13,930

Fuente: Hoja de datos de la entrevista

4.2. DISCUSIÓN

En el estudio realizado de los pacientes con depresión, se tuvo que la edad promedio fue de 32 años de edad; ligeramente mayor con el 53.9% en mujeres y 46.1% en hombres; el 91% tuvieron ingresos por primera vez; 93% tienen diagnósticos de episodios depresivos; 49% de los pacientes fue categorizado su funcionamiento familiar como seria; respecto a la calidad de vida el 77% fue ocasional y el 24% algunas; sobre la conducta suicida el 66% indicó tener ideación y planeación suicida y el 23% indicó tener solo ideación suicida.

Del total de pacientes con depresión, el 23.5% dijo no tener ninguna relación con la familia y un 56.9% contestó que tiene una relación ocasional; el 74.5% tiene relación con otras personas de forma ocasional; el 77.5% realiza de forma ocasional actividades con conocidos; el 44.1% indicó no tener ningún tipo de actividad social y un 55.9% lo tiene de forma ocasional; 62.4% no forma parte de red social implicada; el 72.3% no tiene iniciativa social; el 52% sin contacto social; y el 74.5% no tiene relaciones sexuales y sociales. Todos estos porcentajes fueron obtenidos para determinar la calidad de Vida.

Se procedió a comparar las medias de las dimensiones del perfil de calidad de vida en pacientes con depresión versus la variable funcionamiento familiar, se aplicó la prueba estadística t para igualdad de medias y se obtuvo en la dimensión de relaciones interpersonales de los pacientes con funcionamiento familiar funcional tienen una media en sus puntuaciones mayor que los pacientes con funcionamiento familiar disfuncional, 13.14 y 9.55 respectivamente, siendo estas diferencias estadísticamente significativa.

Esta investigación es muy parecida a la de Suarez,(2013) con el tema de estudio “Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública”, el objetivo del mismo fue determinar entre las dimensiones de calidad de vida relacionadas son la salud y estilo de funcionamiento familiar en adolescentes, de ambos sexos, con diagnóstico de depresión atendidos en centros de salud pública. Los resultados fueron que calidad de vida y el funcionamiento familiar presentaron una correlación estadísticamente significativa al igual que lo mencionado en el presente estudio.

Comparándolo con otra investigación donde se examinó el efecto de los síntomas depresivos y la satisfacción con el apoyo familiar en la calidad de vida relacionada con la salud física y mental, cuyos datos se obtuvieron de la encuesta de referencia del Proyecto FAMILIA de Hong Kong, (2013) la que incluyó a 16,039 residentes de la comunidad, en dicho estudio también se llegó a la conclusión de que el apoyo familiar y la depresión si tienen asociación significativa con la Calidad de vida.

Asimismo, comparado con otro estudio en el año 2015-2016 transversal en 176 adultos de 20 a 60 años de edad seleccionados, en el que también se comparó la funcionalidad familiar con la Depresión. Se observó relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión ($p=0.001$). Llegando a la conclusión de que la funcionalidad familiar está relacionada con el grado de depresión.

Al observar estos estudios podemos darnos cuenta que conjuntamente con el estudio realizado en esta tesis, ambos tienen en común la evidente relación que existe entre la Calidad de vida y el Funcionamiento familiar en los pacientes con depresión.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

De los 102 pacientes atendidos con depresión en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil durante el periodo 2018, se observó que la edad promedio fuera de 32 años, mayormente en mujeres, con aproximadamente la mitad de ellos fue categorizado su funcionamiento familiar como serio; y con respecto a la calidad de vida tres de cuatro pacientes fue ocasional, lo que quiere decir que las dos partes están siendo afectadas de manera significativa.

En los pacientes con episodios de depresión, se ha comprobado que se ven afectadas las relaciones interpersonales, el rol instrumental y las funciones intrapsíquicas, actividades comunes, que son parte de la calidad de vida y estas a su vez tienen gran correlación con el

tipo de funcionamiento familiar para que sea funcional o disfuncional, demostrándose en esta relación, que su resultado es estadísticamente significativo.

Se concluye que la calidad de vida de pacientes con depresión si influye en el funcionamiento familiar, por lo que se corrobora la hipótesis planteada en esta investigación.

5.2. RECOMENDACIONES

Fomentar las relaciones interpersonales de la familia con el paciente depresivo; así como las personas de su entorno y redes de amistades que apoyen a su terapia con el propósito de evitar las recurrencias y adapte mejor a las actividades normales tanto en lo personal como en lo profesional.

Integrar y educar a los familiares y allegados a la planificación del tratamiento mediante charlas educativas y orientadas a fortalecer el manejo en su estado de ánimo en las dimensiones las relaciones interpersonales, el rol instrumental y las funciones intrapsíquicas todo esto de una manera más global.

La identificación de las causas de su estado depresivo es fundamental el permanecer al cuidado y orientación del profesional para que le ayude a tratarlas y transformarlas en fortalezas con el que rápidamente se incorpore a su vida cotidiana.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Cabrera, D. (31 de 08 de 2015). Calidad de vida a nivel mundial. *Periodismo de datos*.
- Cala, M., & Tamaño, M. (2013). Funciones Basicas de la Familia. Reflexiones para la orientación psicológica educativa. *EDUSOL*, 13(44), 60 - 71.
- Cañedo, C. (2015). La diversidad en el contexto universidad. Una necesidad actual en el Ecuador.
- Carrasco, E., & Sáez, R. (2015). *Voluntariado en salud mental*. Madrid: © Fundación Juan Ciudad.
- cols., H. y. (s.f.).
- Dongil, E., & Cano, A. (2014). *Desarrollo Personal y Bienestar*. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS).
- Fuentes Aguilar, A. P., & Merino Escobar, J. M. (2016). VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departameto de Psicología UCBS*, 14 (2), 247 - 283.
- Hernández, R., Fenández, C., & Baptista, M. d. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). Mexico:: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Minuchin, S. (2009). *Familia y terapia familiar*. España: Gedisa, S.A.
- Monje, J. (2015). *Calidad de las relaciones interpersonales y su relación con el nivel de desempeño laboral de las enfermeras en el servicio de emergencia adulto del Hospital Nacional Cayetano Heredia*. Tesis de posgrado , UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, FACULTAD DE MEDICINA , Lima - Perú.
- Morato, N., Zapata, J., & Messerger, T. (2015). Conceptualización del ciclo vital familiar: Una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 - 2015. *Revista CES Psicología*, 8 (2), 103 - 121.
- Nava, G. (2010). La calidad de vida: Analisis Multidencional. *Enf Neurorol*, 11(3), 129 - 137.
- OMS. (2004). *Promoción de la salud mental* . Organización Mundial de la salud , Departamento de la salud mental y abuso de sustancias , Guinebra.
- OMS. (2018). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- Ornelas, A., & Ruíz, A. (2017). Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios. *Revista latinoamericana de ciencia psicológica PSIENCIA*, 9 (2), 1 - 16.
- Ortiz, D. (2010). *Familia y Educación*. Quito: Abya Yala.
- Ruiloba, V. (2012). Calidad de Vida. En *Tratado de Psiquiatria* (pág. 2377). Madrid: Marbán.
- Salas, C., & Garzón, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *CES Salud Pública*, 36 - 46 .
- Sisedos, & Martin. (2012). Nuevas formas de familia, viejas políticas familiares. Las familias monoparentales. *Nomadas, critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 33(1), 1 - 18.
- Soto, F., Leom, I., & Castañeda, O. (2015). Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora. *ELSEVIER*, 22(3), Mexico.
- Suarez, S. (2013). *Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública*. Departamento de psicología. Santiago: Univerdidad de Chile.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2015). Metodología de la investigación. (M. G. Hill, Ed.) (Sexta edic).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2016). Ecuador en cifras. Retrieved November 20, 2016, from <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). [Temas de salud: Depresión. Retrieved January 1, 2016, from <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Depression. Retrieved December 12, 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version 2016. Retrieved February 6, 2017, from <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/XIV>

Organización Panamericana de la Salud.(2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas.Washington, D.C.

Santiago Prado A. (2012).Ideación Suicida y Clima Social Familiar en estudiantes de cuarto y quinto grado de Educación Secundaria de una I. E. Estatal de Chiclayo. [Tesis]. Chiclayo: Universidad Santo Toribio de Mogrovejo.

Asociación Americana de Psiquiatría.(2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-V. Madrid:Editorial Médica Panamericana.

Black DW. 2015, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V. 5ta Ed. Barcelona España, Masson.

Nan, H., Lee, P. H., Ni, M. Y., Chan, B. H., & Lam, T. H. (2013). Effects of depressive symptoms and family satisfaction on health related quality of life: the Hong Kong FAMILY study. *PloS one*, 8(3), e58436. doi:10.1371/journal.pone.0058436

Anexo 2. Escala de calidad de vida

Instrucciones para el clínico: Marque con un círculo la puntuación más adecuada a cada ítem, después de la entrevista clínica. Consulte el manual para la valoración de los ítems, que contiene la definición, descripción de los puntos más importantes y el método valoración.

Relaciones interpersonales y rol social	0	1	2	3	4	5	6
1. Miembros de la unidad familiar	0	1	2	3	4	5	6
2. Amigos	0	1	2	3	4	5	6
3. Conocidos	0	1	2	3	4	5	6
4. Actividad social	0	1	2	3	4	5	6
5. Red social	0	1	2	3	4	5	6
6. Iniciativas sociales	0	1	2	3	4	5	6
7. Retraimiento social	0	1	2	3	4	5	6
8. Relaciones sociosexuales	0	1	2	3	4	5	6
Rol instrumental							
9. Exterior	0	1	2	3	4	5	6
10. Identidad	0	1	2	3	4	5	6
11. Desempleo	0	1	2	3	4	5	6
12. Satisfacción	0	1	2	3	4	5	6
Funciones intrapsíquicas y objetos y actividades comunes							
13. Propósito	0	1	2	3	4	5	6
14. Motivación	0	1	2	3	4	5	6
15. Curiosidad	0	1	2	3	4	5	6
16. Anhedonia	0	1	2	3	4	5	6
17. Utilización del tiempo	0	1	2	3	4	5	6
18. Objetos	0	1	2	3	4	5	6
19. Actividades	0	1	2	3	4	5	6
20. Empatía	0	1	2	3	4	5	6
21. Introversión	0	1	2	3	4	5	6

Puntuación de los factores

- I. Relaciones interpersonales (1-8):-----
- II. Rol instrumental (9-11) -----
- III. Funciones intrapsíquica (13-17, 20-21): -----
- IV. Objetos y actividades comunes (18-19): -----

Puntuación total (ítems: (1-11, 13-21): -----

Puntuación:

- 0. Ninguno
- 2. Ocasional
- 4. Algunas ocasiones.
- 6. Adecuada.

Interpretación:

Cada ítem se puntúa según la escala en 6 valores, que oscilan entre 0 (mayor grado de disfunción en ese ítem) y 6 (normalidad).

No existen puntos de corte. A mayor puntuación, mejor funcionamiento del paciente en esa categoría.

ANEXO 3.

Tabla 1. Criterios Diagnóstico de Depresión según CIE 10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: alguno de los síntomas pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexiste al menos cuatro o más de las siguientes características. <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de las actividades que normalmente son placenteras. • Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos habituales provocan una respuesta. • Despertares por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual. • Empeoramiento matutino del humor depresivo. • Presencia de enlentecimiento motor o agitación. • Pérdida marcada del apetito. • Pérdida de peso del 5% en el último mes. • Notable disminución del interés sexual

Fuente Adaptado de OMS (Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE 10.)

Tabla 2. Criterios de Gravedad de episodio Depresivo según CIE 10

A. Criterio Generales para episodio depresivo <ul style="list-style-type: none"> - El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. - El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas: <ul style="list-style-type: none"> -Episodio depresivo de un carácter anormal para el sujeto, presenta durante la mayor parte del tiempo y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. -Marcada perdida de los intereses o la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.

-Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Deben estar presentes uno o más de los síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de a cuatro:

-Pérdida de confianza y estimación de si mismo y sentimientos de inferioridad.

-Reproches hacia si mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.

-Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilación.

-Cambios de la actividad psicomotriz con agitación o inhibición.

-Alteración del sueño de cualquier tipo.

Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación de peso.

D. Puede haber o no síndrome somático

Fuente: (Asociación Americana de Psiquiatría DSM-V)

Tabla 3. Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5

A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado durante el periodo de dos semanas y representan un cambio en el funcionamiento previo, al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días según se desprenden de la información subjetiva u observación de otras personas.
2. Disminución importante de placer o pérdida de interés por todas las actividades casi todos los días.
3. Pérdida de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Retraso a agitación psicomotora casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (puede ser delirante), casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para concentrarse o para tomar decisiones, casi todos los días. (información subjetiva u observación de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes que pueden ser sin un plan determinado, intento suicida o plan específico.
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral o de otras áreas del funcionamiento.
C. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.
D. El episodio depresivo mayor no se explica mejor que un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, delirante, u otro trastorno específico o no específico del espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Fuente: (Asociación Americana de Psiquiatría DSM-V)

Guayaquil, 05 de marzo del 2020

REPORTE DE ANTIPLAGIO

Yo, Dr. HENRY DANIEL LÓPEZ GONZÁLEZ con C.I. 0921753398 Medico Tratante en calidad de TUTOR del Proyecto de Investigación realizado por el MD. ALBA GABRIELA NOVILLO GRANDA con C.I. 1103672810, residente de postgrado en la Especialización de **PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL** desarrollada en el IINSTITUTO DE NEUROCIENCIAS, Certifico la veracidad del reporte de **ANTIPLAGIO URKUND** del proyecto de investigación titulado: **“CORRELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON DEPRESIÓN”**.

RESULTADO DEL ANÁLISIS – URKUND

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document:	MD. ALBA NOVILLO GRANDA para urkund (ELVIA).docx (D64558570)
Submitted:	2/27/2020 11:33:00 PM
Submitted By:	jacqueline.velastegui@ug.edu.ec
Significance:	0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0


Dr. HENRY DANIEL LÓPEZ GONZÁLEZ
C.I. 0921753398
TUTOR

Dr. Henry Daniel López González
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
Reg. SENESCYT: 1006-2016-173654
Reg. MSP: C.I. 0921753398



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: CORRELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON DEPRESIÓN

AUTORA: MD. Alba Gabriela Novillo Granda

TUTOR:

DR. Henry Daniel Lopez Gonzalez

REVISOR: Msc. Elvia Aspiazu Miranda

INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil

FACULTAD: Ciencias Medicas

ESPECIALIDAD: Psiquiatría y Salud Mental

FECHA DE PUBLICACIÓN:

No. DE PÁGS:53PAGINAS

ÁREAS TEMÁTICAS: Pacientes con diagnóstico de Depresión.

PALABRAS CLAVE: Depresión, Funcionamiento familiar, Calidad de vida.

RESUMEN: Introducción. La depresión es un trastorno del estado del ánimo que ocasiona una mayor comorbilidad en aquellos sujetos que lo presentan; existiendo factores asociados como la calidad de vida y las relaciones familiares. **Objetivo:** Correlación de la calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con diagnóstico de depresión ingresados al Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil. **Metodología:** Diseño no experimental, de corte transversal, tipo correlacional, en pacientes con depresión atendidos en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, se recolectó los datos utilizando una hoja de datos con las variables estudiadas. **Resultados:** Se tuvo que la edad promedio fue de 32 años de edad; con el 53.9% en mujeres y 46.1% hombres; 91% tuvieron ingresos por primera vez; 93% tienen diagnósticos de episodios depresivos; 49% de los pacientes fue categorizado su funcionamiento familiar como seria; respecto a la calidad de vida el 77% fue ocasional y el 24% algunas; 66% indicó tener ideación y planeación suicida. De las relaciones interpersonales con funcionamiento familiar funcional tienen una media en sus puntuaciones mayor que los pacientes con funcionamiento familiar disfuncional, 13.14 y 9.55 respectivamente, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. **Conclusiones:** En los pacientes con episodios de depresión, se ha comprobado que se ven afectadas las relaciones interpersonales, el rol instrumental y las funciones intrapsíquicas las mismas que corresponden a la Calidad de Vida y estas a su vez se relacionan con el tipo de funcionamiento familiar sea funcional o disfuncional, demostrándose en esta relación que es estadísticamente significativa.

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI

NO

CONTACTO CON AUTOR:

Teléfono:0984969180

Email: albitagabrielita@hotmail.com

CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:

Nombre: Universidad de Guayaquil-Facultad de Ciencias Médicas-
Secretaria Coordinación de Postgrado

Teléfono: 2288086

E-mail: postgrado-fcm@hotmail.com

Quito: Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Promete, teléfonos 2569898/9. Fax: (593 2) 2509054