



**1859**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA**

**TÍTULO:**

**“DEPRESIÓN EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU  
RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR LOJA  
2016”**

**Tesis de previa a la obtención del título de  
Especialista en Medicina Familiar y  
Comunitaria.**

**Autor: Dr. José Gerardo Valdivieso Hidalgo Mg. Sc**

**Director: Dr. Claudio Hernan Torres Valdivieso Esp.**

**Loja – Ecuador  
2017**

## Certificación

**Dr. Claudio Hernan Torres Valdivieso Eps.**  
**DIRECTOR DE TESIS.**

**CERTIFICA:**

Haber dirigido, orientado y discutido, en todas sus partes el desarrollo de la tesis intitulada "**Depresión en personas con Discapacidad y su relación con la Funcionalidad Familiar Loja 2016**", de la autoría del Dr. José Gerardo Valdivieso Hidalgo, la misma que cumple a satisfacción los requisitos de fondo y forma, exigidos por la Institución para los procesos de graduación de postgrado, por tal motivo autorizo su presentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Loja, 1 de Febrero del 2017



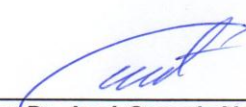
Dr. Claudio Hernán Torres Valdivieso, Esp.

**DIRECTOR DE TESIS**

### **Autoría**

Yo, José Gerardo Valdivieso Hidalgo declaro ser autor de presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el repositorio institucional- Biblioteca virtual.



---

**Nombre:** Dr. José Gerardo Valdivieso Hidalgo, Mc Sg.  
**C. I.:** 1102943568  
**Fecha:** 1 de Febrero de 2017

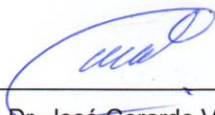
### Carta de autorización

Yo José Gerardo Valdivieso Hidalgo declaro ser autor de la tesis titulada "Depresión en personas con discapacidad y su relación con la Funcionalidad Familiar Loja 2016". Como requisito para optar al grado de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Autorizo al sistema bibliotecaria de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, a los 26 días del mes de Enero del dos mil diecisiete. Firma el autor.



---

Autor: Dr. José Gerardo Valdivieso Hidalgo Mg. Sc.  
C. I.: 1102943568  
Dirección: Barrio el Valle Calle Portoviejo y Manta  
dr.valdivieso@yahho.com  
2562537 celular 0996488519

Dr. Claudio Hernan Torres Valdivieso, Esp.  
Dr. Jorge Fernando Reyes Jaramillo, Mg. Sc  
Dra. Sara Felicita Vidal Rodríguez, Esp.  
Dr. German Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc

## **Dedicatoria**

A mi esposa, Malena, quien con su cariño, estímulo, apoyo constante y paciente espera pudimos llegar a la culminación de mi meta que fue terminar el postgrado, evidencia de su gran amor.

A mis adoradas hijas María José y María Emilia quienes me prestaron el tiempo que le pertenecía para terminar y me motivaron con sus abrazos y sus frases, "No te rindas" y "Sé fuerte".

A los que nunca dudaron que lograría este triunfo mi hermosa familia.

A mis amigos, compañeros y grupo investigativo, por compartir los buenos y malos momentos durante todo este periodo.

**José Gerardo**

## **Agradecimiento**

Con aprecio a la Universidad Nacional de Loja, por permitir mi formación como Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria de la República del Ecuador, y por su intermedio a los docentes que durante estos años me brindaron su ayuda y conocimiento para ser mejor, crecer y fructificar en los surcos del saber de esta noble y humanista carrera que hoy en mí rinde su primer fruto.

- A la Universidad Nacional de Loja, a través del Programa de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, por haberme acogido en su seno y haber Fortalecido en mí el amor por el saber, con solvencia y calidad.
- Al Dr. Claudio Hernan Torres Valdivieso, por su incondicional ayuda y la mejor fuente de estímulo, quien supo orientar este trabajo de investigación con sus valiosos conocimientos.
- A mis compañeros y compañeras, docentes y autoridades de la Especialidad, por haberme colaborado y apoyado en todo el proceso investigativo. Y, en general, a todas las personas que de una u otra manera me brindaron su contribución moral y generosa a través de información, consejos y continuo incentivo de optimismo que nos permitió concluir con éxito este aporte investigativo.

**José Gerardo**

## Índice General

Portada .....	i
Certificación .....	ii
Autoría .....	iii
Carta de autorización .....	iv
Dedicatoria .....	v
Agradecimiento .....	vi
Índice General .....	vii
1. Título .....	1
Resumen .....	2
2. Abstrac .....	3
3. Introducción .....	4
4. Revisión de literatura .....	7
4.1. Depresión .....	8
4.1.1. Factores de riesgo .....	10
4.1.1.1. Sexo .....	10
4.1.1.2. Edad .....	10
4.1.1.3. Genéticos .....	10
4.1.1.4. Acontecimientos vitales .....	10
4.1.1.5. Factores sociales .....	11
4.1.1.6. Psicológicos .....	11
4.1.1.7. Biológicos .....	11
4.1.1.8. Factores neuroquímicos .....	11
4.1.1.9. Factores endocrinos .....	12
4.1.1.10. Factores fisiológicos .....	12
4.1.1.11. Factores anatómicos .....	12
4.1.2. Clasificación de la depresión .....	12
4.2. Discapacidad .....	14
4.2.1. Clasificación de discapacidad en Ecuador .....	15

4.2.2. Discapacidad en cifras	16
4.3. Depresión en discapacidad	17
4.4. Funcionalidad familiar	18
4.4.1. La Familia como Sistema	19
5. Materiales y métodos	26
5.1. Tipo de investigación	26
5.2. Diseño Metodológico	26
5.3. Unidad de estudio	26
5.4. Universo	26
5.5. Muestra	27
5.6. Muestreo	27
5.7. Calculo de la amplitud de la muestra	28
5.8. Análisis de la potencia estadística	29
5.9. Técnicas utilizadas en el proceso de recopilación de la información	29
5.10. Criterios de inclusión y de exclusión	30
5.10.1. Criterios de inclusión	30
5.10.2. Criterios de exclusión	30
5.11. Instrumentos	30
5.12. Análisis de datos	34
6. Resultados	35
7. Discusión	45
8. Conclusiones	48
9. Recomendaciones	51
10. Bibliografía	53
11. Anexos	56



## **1. Título**

**“DEPRESIÓN EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU RELACIÓN CON LA  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR LOJA 2016”**

## 2. Resumen

Las personas con discapacidades tienen riesgo de depresión, que es problema de salud a nivel familiar, local y mundial desencadenando problemas que afectan a persona y su entorno familiar, este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de depresión en las personas con discapacidades y su relación con la funcionalidad familiar en la Provincia de Loja durante el año 2016, de tipo analítico, de corte transversal, no experimental. El mismo tiene como resultado una prevalencia de 82,37% de depresión en personas con discapacidades y un 71,8% de disfuncionalidad familiar en una población de 397 que representan el 100%. Con una diferencia estadísticamente significativa con la situación económica con un 57,14% y los de mala condición económica con un 83,78%, y con diferencia significativa de relación de los demás grupos etarios y los adultos mayores con prevalencia de depresión de un 42.86%. La relación de variables del rango de APGAR familiar con el rango de depresión en la variable de disfuncionalidad se presenta mayor depresión y en las familias funcionales disminuye el riesgo de depresión, lo que significa que existe un riesgo aumentado en la personas con discapacidad y al mismo tiempo presentan depresión de presentar disfuncionalidad familiar; con un valor de OR de 1,7 y con límites de intervalos de confianza de entre 1.04 a 3.07, lo cual lo convierte en un factor de riesgo, con un grado de asociación de phi, V de Cramer de .107 que es considerado como asociación baja. En cuanto a las pruebas de chi cuadrado, con un valor de 4.504 con un grado de libertad y un valor de p de 0.034 corrobora la hipótesis planteada por el investigador en cuanto a la depresión en personas con discapacidad y su relación con la disfuncionalidad familiar.

Palabras claves: Depresión. Personas con discapacidad.

## **Abstract**

People with disabilities are at risk for depression, which remains a global, local, and family health problem that triggers multiple problems that affect both the individual and their family environment, that is why the following study aims to determine the prevalence of depression in people with disabilities and its relationship with family functionality in the Province of Loja during the year 2016, for which an analytical, cross-sectional, non-experimental study was carried out in the Province of Loja. It results in a prevalence of 82.32% of depression in people with disabilities and 71.8% of family dysfunction in a population of 397 that represent 100% of the population under study. With a statistically significant difference with the economic situation with 57.14% with limits of 35.97 to 78.30 and those with bad economic condition with 83,78% with a limit of 80.05 to 87.50, and With a significant difference in relation to the other age groups and the elderly with a prevalence of depression of 42.86% with limits between 24.19 and 61.52. this analysis of results shows an increased risk in people with disabilities and at the same time they present depression of 0.78 to have dysfunctional families; With an OR value of 1.7 which makes it a risk factor, with a degree of association of phi, V of Cramer of .107 a chi square, with a value of 4.504 with a degree of freedom and a value Of p of 0.034, therefore there is a relationship between depression presented by people with disabilities and family dysfunction.

Key words: Depression. People with disabilities.

### 3. Introducción

Hoy en día en cualquier nivel de comunicación sea académica o social se indica que la depresión como la mayoría de las enfermedades es el resultado de la interacción entre factores biológicos heredados o adquiridos del desarrollo y del contexto que interactúan con las características individuales, por ende su estudio requiere de múltiples aproximaciones (Menéndez & Guevara, 2005).

Sin dejar de reconocer la importancia de analizar los avances en el campo de las neurociencias y la genética que han proporcionado bases para corregir la división mente-cuerpo que constituyó una barrera para entender la relación entre cerebro, pensamiento, emoción y conducta. Es así que la Organización Mundial de la Salud refiere que el síndrome depresivo contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21,4 % es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad, afecta más a la mujer que al hombre de 2 a 1, en el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (Sánchez, 2000).

En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales a su vez la depresión acoplada a la discapacidad es un problema de salud bastante frecuente dentro de este grupo vulnerable de personas, en Ecuador la misión solidaria Manuela Espejo identificó en todo el país 294,611 personas con discapacidad Cotopaxi y Loja ocupan el primero y segundo lugar respectivamente, en el 2010 y en el 2013, el número de personas con discapacidad se incrementó a 361,487, de los cuales 201,946 son hombres y 159,541 son mujeres siendo la provincia del Guayas y Pichincha en el primer y segundo lugar, en la provincia de Loja existen 14,053 personas con discapacidad que representa un 3,61%, la discapacidad física ocupa el primer lugar con 5,026 casos seguido de discapacidades sensoriales 3,209 casos, discapacidad intelectual 4,198 casos, y psicológica 620 casos. (Torres, 2013).

Por esta razón y detectando la existencia de esta grave problemática y la importancia de obtener datos reales de esta realidad de Salud en Loja y tras la verificación que hasta el momento no existe algún trabajo que indique estrategias o medidas de sostén y tratamiento para el afrontamiento y abordaje de esta problemática ni tampoco estudios que indiquen si hay o no afectación de la

funcionalidad familiar en los hogares con personas que presentan discapacidades y depresión.

En el presente estudio investigativo reflejamos una de las temáticas de gran importancia y relevancia por los problemas que conlleva a las personas con discapacidades las mismas que están inmiscuidas dentro del vínculo familiar y es fundamentado en determinar la prevalencia de depresión en personas con discapacidades y su relación con la funcionalidad familiar en la provincia de Loja. Tenemos que la relación entre la discapacidad y la depresión ha sido un tema que ha recibido poca atención en la investigación científica esto se refleja en la escasa o nula literatura que puede hallarse en el medio académico por ello es necesario caracterizar los factores sociodemográficos, como sexo, edad, área geográfica, escolaridad, grupos étnicos, situación económica, de las personas con discapacidades con depresión y la funcionalidad familiar en la población objeto de estudio.

Dando como resultado que la disfuncionalidad familiar en las personas con discapacidad constituye un factor de riesgo para el origen de la depresión, En base a los análisis de resultados acusa: con un valor de 4.504 con un grado de libertad y un valor de  $p$  de 0.034, un OR de 1,7 lo cual lo convierte en un factor de riesgo, con un grado de asociación de phi,  $V$  de Cramer de .107.

Se obtuvo una prevalencia de personas en estado disfuncional y con depresión del 84,9% que son 242 casos de 397 (100%) en relación a los funcionales con depresión que únicamente fueron 85 casos, es decir personas en estado de depresión fueron 327 casos representando el 82,4% del total de la muestra.

El riesgo por cantones es Catamayo, Zapotillo Celica, y Olmedo con el cuartil 4 (rojo), que nos indica el mayor porcentaje de personas discapacitadas con presencia de depresión

Las personas con discapacidades o que padecen enfermedades crónicas pueden incrementar el riesgo de desarrollar depresión de 2 a 10 veces mayor que las personas aparentemente normales que a la vez repercutirán en su funcionalidad familiar, presentando crisis paranormativas que se manifestaran de forma negativa en cada uno de los miembros, situaciones que se presentaran como la presencia del Síndrome Depresivo y con la alteración de la Salud Mental del núcleo familiar.

En el presente estudio la prevalencia de la depresión en las personas con discapacidades es alta y es recomendable realizar una detección temprana a través

de cuestionarios o test auto-administrados, y así tomar medidas necesarias de prevención y tratamiento tanto de la persona con discapacidad y de su familia.

#### 4. Revisión de literatura

Es importante abordar esta temática en cuanto que para entender el funcionamiento humano se necesita conocer sobre el desarrollo de esta teoría la misma que indica y categoriza al sistema como un estado estable, dinámico que permite un cambio constante de componentes mediante asimilación y desasimilación. Podemos demostrar que el mismo implica, orden, totalidad, organización, estructura y finalidad.

La familia considerada desde esta teoría es un sistema abierto en continuo movimiento, cambio y reestructuración en busca de una estabilidad y equilibrio entre todos los miembros que la componen. Es una unidad formada por distintas subunidades que pretenden conseguir un ajuste y una adaptación positiva. Los procesos son interactivos así que cualquier suceso que ocurre en uno de sus miembros repercute de una u otra manera en todos los demás (Espinal et al, 2006).

Con esta introducción determinamos que el equilibrio en las familias está dado por la interacción y la normalidad estructural y funcional de cada integrante de la misma por lo cual al existir una persona con discapacidad en ese sistema el mismo tiende a romperse y a desequilibrarse hacia la aparición de crisis Paranormativas por desorganización y afecta a cada subsistema familiar, principalmente al conyugal en caso de que la persona con discapacidad sea la pareja, que revisando la bibliografía es la más frecuente debido a que el cuidado del mismo será generalmente por su cónyuge coartando en la mayoría de los casos sus funciones normales tanto individuales como sociales y descuidando muchas de sus actividades cotidianas que le conllevaban a mantener una buena estabilidad emocional y en muchos casos provocando este cuidado a su familiar con discapacidad ser el inicio de un estado de morbilidad que afecta mucho más aun la funcionalidad familiar afectando los holones familiares.

En otras ocasiones habrá que aprender a manejar otro tipo de recursos: materiales, sociales, que en muchas ocasiones, se desconocían por completo o se consideraban como de otro mundo. (Azkoaga, 1995). Teoría del humanismo.

Algo que hacemos todos los humanos de una manera totalmente espontanea es el cuidar a la persona que lo necesita más aún si es un familiar con un alto grado de apego, pero la pregunta radica en por qué específicamente cuidamos, y es así que revisando la literatura se evidencia que dentro de la psicología humanista hallamos el termino humanístico el cual se relaciona con las concepciones filosóficas que colocan al ser humano como centro de su interés. Es así que el humanismo filosófico resalta la dignidad del ser humano, aunque interpretada de distinto modo en las diferentes formas de humanismo descrito por los múltiples pensadores y filósofos (cristiano, socialista, existencialista, científico, etc.), con esta concepción pienso que humanismo puede ser entendido como una determinada concepción del ser humano,

y también como un método de vida del mismo (Henzo, 2012). Es decir que el humanismo entendido como método se describe por (William James, 2010), el cual rechazó todo absolutismo y toda negación de la variedad y espontaneidad de la experiencia y, en consecuencia, reivindicó flexibilidad al describir la riqueza de lo real, aún a costa de perder exactitud. El enfoque humanista se ocupa de desarrollar el potencial humano y no se contenta con su adecuado funcionamiento. En una palabra, la psicología humanista representa un compromiso para llegar a ser humanos, un acentuar la totalidad y unicidad del individuo, una preocupación por mejorar la condición humana, así como por entender al individuo en todos sus aspectos.

#### **4.1. Depresión**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que en 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración durante por lo menos 2 semanas.

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

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (Organización Mundial de la Salud 2011).

En los estudios internacionales, la prevalencia de los trastornos depresivos se sitúa entre el 5-13% en población adulta (siendo del 10% al 15% en mujeres y del 5% al 12% en hombres). Aumenta en el grupo de pacientes con alguna patología física y en personas mayores alcanza un 15%. Asimismo, el 15% de la población padece depresión en algún momento de su vida. La edad más frecuente de presentación oscila entre los 35-45 años. El suicidio se presenta en un 3-4% de las depresiones mayores.

En el estudio de prevalencia de los trastornos mentales más amplio y reciente realizado en España (Estudio ESEMeD-España.), el trastorno más frecuente es el episodio depresivo mayor, con un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida. Destaca también en tercer lugar la distimia tanto en prevalencia-año (1,49%, detrás de la fobia específica con el 4,5%) como en prevalencia-vida (3,65% detrás de la fobia social con el 3,6%).



Esto significa que el 5,4% de la población española sufrió un trastorno del estado de ánimo en el último año y que el 14,7% lo sufrirá a lo largo de su vida. Sin embargo, estos datos son inferiores a los de países del norte de Europa. En este estudio, haber estado casado, vivir en grandes ciudades, el desempleo, la discapacidad o estar de baja maternal se asocia a mayor riesgo de trastornos depresivos. Sin embargo la prevalencia disminuye con los años de educación formal (nivel de estudios).

Los trastornos depresivos están presentes frecuentemente en la consulta diaria aproximadamente un 15 % de los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria sufren depresión (Aragonés et al., 2004). Sin embargo varios estudios ponen de manifiesto que hasta un 50 % de los casos pasan desapercibidos esto debido que acuden por presentar una serie de signos somáticos como cefalea, manifestaciones gastrointestinales y que pueden deberse a un síndrome depresivo (Chocrón et al., 1996), y una proporción superior no recibe el tratamiento adecuado. Los cuadros depresivos que se presentan en la consulta de Atención Primaria tienen unas características claramente diferenciadas de las observadas en las Unidades de Salud Mental: en Atención primaria, según se evidenció en el estudio internacional patrocinado por la OMS «Psychological Problems in General Health Care», la depresión se presenta con quejas físicas entre el 45 % y el 95 % (Simon et al., 1999), y se expresan explícitamente síntomas de tipo emocional con menor frecuencia que en el ámbito psiquiátrico. Este fenómeno representa un serio obstáculo para el reconocimiento por parte del médico, del trastorno depresivo subyacente y para la instauración y el mantenimiento de un plan terapéutico orientado al problema psicológico (Kirmayer et al., 1993).

Otra situación frecuente en la práctica es la comorbilidad entre enfermedad orgánica y trastorno depresivo, los trastornos depresivos son más frecuentes en pacientes con enfermedades orgánicas crónicas (Aragonés et al., 2004) y en particular en los pacientes de edad avanzada, la depresión mayor se presenta en un 25 % de los pacientes con otras enfermedades médicas y el 90 % de los ancianos con depresión presentan al menos otra enfermedad orgánica asociada.

Por otra parte las enfermedades crónicas o discapacidades suelen ser un factor precipitante de la depresión. Bien por mecanismos fisiopatológicos directos, bien porque el tratamiento farmacológico pueda tener un efecto depresor o bien porque la depresión puede desencadenarse por un mecanismo reactivo a la enfermedad física (por su gravedad, por el dolor, por el tipo de discapacidad, por la pérdida de independencia). En la relación entre depresión y enfermedad discapacitantes se han descrito cuadros reactivos en relación con la enfermedad y en función de la gravedad clínica y limitación funcional originada. En otros casos, la depresión no sería reactiva, sino fisiopatológicamente relacionada con el proceso neurológico. El diagnóstico de depresión en enfermos de Parkinson se dificulta por la

confusión de síntomas (hipomimia, alteraciones en la verbalización, bradicinesia, etc.) (Moríñigo et al., 2004).

Ustun T. y cols., demostraron que los síntomas de la depresión podrían ser de 2 a 10 veces más comunes en individuos con discapacidades o que sufren de enfermedades crónicas, Y que la depresión es una de las «condiciones secundarias » más comunes asociadas con discapacidad y enfermedad crónica.

#### **4.1.1. Factores de riesgo**

##### **4.1.1.1. Sexo**

La relación hombre/mujer es de 1:2-3 entre los 12 y 55 años, igualándose fuera de este intervalo de edad.

##### **4.1.1.2. Edad**

Existe una mayor incidencia de sintomatología depresiva en adultos jóvenes entre los 18-44 años.

Según la edad existen diferencias respecto a los síntomas predominantes, por ejemplo en los niños son más frecuentes las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, mientras que en el adolescente se asocia a trastornos disociales, trastornos de la conducta alimentaria y abuso de sustancias. En el anciano suelen ser frecuentes las quejas somáticas y síntomas cognoscitivos (sensación de pérdida de memoria, falta de atención).

##### **4.1.1.3. Genéticos**

Los familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo.

##### **4.1.1.4. Acontecimientos vitales**

Son aquellos eventos que requieren algún tipo de cambio respecto al ajuste habitual del individuo; experiencias objetivas que alteran las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta. Al ser acontecimientos que implican cambio en las actividades usuales su potencial estresante va a estar en función de la cantidad de cambios que produzcan. Las emociones de tipo negativo que acompañan al estrés –ansiedad, depresión, etc, varían de acuerdo con las circunstancias del individuo y de la situación y de la agudeza o cronicidad del estrés.

Ante el estrés agudo se tiende a experimentar ansiedad/miedo; cuando el estrés se cronifica predomina la experiencia de estado de ánimo depresivo. Su existencia no es necesaria ni puede ser considerada una causa suficiente para la puesta en marcha del cuadro.

#### **4.1.1.5. Factores sociales**

Los factores sociales predisponentes son aquellos que incrementan la vulnerabilidad de determinadas personas para el desarrollo de los trastornos psiquiátricos:

- Las experiencias de privación psicosensorial o de abusos y explotación extrema, que a menudo se dan durante la infancia en situaciones de desestructuración social o familiar.
- Otros muchos factores sociales predisponentes o de vulnerabilidad se encuentran en el entorno físico y social del individuo, por ejemplo condiciones difíciles en el trabajo, desempleo, exclusión y rechazo social, dificultades en la adaptación cultural, vivienda inadecuada, vecindario con altos niveles de violencia, etc.

#### **4.1.1.6. Psicológicos**

Las teorías psicoanalíticas sitúan la vulnerabilidad para la depresión en las etapas tempranas de desarrollo, que se manifiesta en la dificultad para encarar pérdidas posteriores. Desde el conductismo se ha contemplado la depresión como una respuesta aprendida a situaciones en las que es imposible escapar a un estímulo desagradable (indefensión aprendida) o la falta de reforzadores positivos. Desde los años ochenta se han multiplicado los trabajos que desarrollan las tesis cognitivas según las cuales el síndrome depresivo se desarrolla a partir de esquemas cognitivos que facilitan la aparición de pensamientos automáticos que producen ideas negativas sobre el mundo, el futuro y uno mismo.)

#### **4.1.1.7. Biológicos y Genéticos.**

Los familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo.

#### **4.1.1.8. Factores neuroquímicos.**

Los neurotransmisores que más se han relacionado con la depresión son la noradrenalina (NA) y la serotonina (SER). Se ha comprobado que existe una disminución de niveles del metabolito de la NA, 3 metoxi-4 hidroxifenilglicol, en

sangre y orina en pacientes depresivos, además de una disminución de los puntos de recaptación de la serotonina, en las plaquetas de enfermos depresivos. Se han observado, además, niveles bajos de 5 hidroxindolacético en pacientes que cometieron suicidio.

También se ha observado que la depleción de dopamina aumenta el riesgo de depresión.

#### **4.1.1.9. Factores endocrinos.**

Se han visto también implicados factores endocrinos, como la alteración en la secreción de hormona del crecimiento (GH), hipersecreción de cortisol, hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo.

#### **4.1.1.10. Factores fisiológicos**

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

#### **4.1.1.11. Factores anatómicos.**

Con el avance en los estudios de neuroimagen estructural y funcional se han descrito alteraciones en el sistema límbico, ganglios de la base e hipotálamo.

### **4.1.2. Clasificación en función de la etiología**

Clásicamente, la depresión se ha clasificado según su etiología en:

- **Endógena:** aquella cuya causa no se conoce, pero se considera ligada a una predisposición constitucional biológica del sujeto.
- **Psicógena:** asociada a la personalidad o reactiva a acontecimientos vitales.
- **Orgánica:** secundaria a un fármaco o enfermedad médica por un mecanismo fisiológico.

Por ejemplo, un paciente que en reacción al diagnóstico de un cáncer desarrolla una depresión, tendría una depresión psicógena; en cambio, un paciente que desarrolla una depresión que se considera ligada fisiopatológicamente al cáncer, sería diagnosticado de depresión orgánica.

### **4.1.3. Clasificación de la depresión**

Existen dos sistemas de clasificación: DSM-IV y CIE-10. Entre ellos existe una equivalencia en los diagnósticos. De hecho el DSM-IV toma los códigos de la CIE-10. En el anexo IV puede consultarse la tabla de equivalencia entre ambos sistemas y los criterios diagnósticos resumidos de los trastornos afectivos.

El DSM-IV clasifica los trastornos del estado de ánimo en depresivos y bipolares. Dentro de los trastornos depresivos encontramos básicamente el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico. Dentro de los bipolares, el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II y el trastorno ciclotímico.

Otros trastornos del estado de ánimo también incluidos en el DSM-IV son el trastorno de estado de ánimo debido a enfermedad médica, el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, el trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto y, en cierto modo, el trastorno esquizoafectivo.

El trastorno depresivo mayor es un trastorno del humor heterogéneo clínicamente, que tiene un curso episódico con tendencia a la recurrencia y cuyo diagnóstico se basa en criterios puramente descriptivos sin implicaciones etiológicas.

Dentro de los episodios depresivos con que cursa el trastorno depresivo mayor, encontramos un grupo que no es mayoritario pero que, a diferencia del resto, tiene unas características muy específicas que lo dotan de una mayor estabilidad diagnóstica. Se trata de la depresión melancólica, conocida también como depresión endógena, que viene definida como una cualidad del estado de ánimo distinta de la tristeza que experimentamos habitualmente, falta de reactividad del humor, anhedonia, empeoramiento matutino, despertar precoz, alteraciones psicomotoras, anorexia o pérdida de peso significativas, sentimientos de culpa inapropiados y buena respuesta a los tratamientos biológicos (antidepresivos y TEC), así como nula respuesta al placebo. En general, la depresión melancólica es de mayor gravedad que la no melancólica. Las depresiones más graves pueden complicarse con síntomas psicóticos dando lugar a la depresión psicótica, que constituye un diagnóstico muy consistente en el tiempo, pues las recaídas suelen ser también psicóticas e incluso las ideas delirantes tienden a tener el mismo contenido, habitualmente de culpa, ruina e hipocondría. Estas depresiones más graves pueden también complicarse con síntomas catatónicos como son la acinesia, el mutismo, la catalepsia, la flexibilidad cérea, o el negativismo.

La depresión mayor no melancólica constituye el grupo mayoritario de los episodios depresivos mayores y es probablemente indistinguible de la distimia en términos cualitativos. Muchos pacientes con depresión mayor no melancólica sufren otros trastornos mentales del eje I del DSM-IV o trastornos de la personalidad comórbidos. Dentro de este grupo, clínicamente y quizás etiopatogénicamente heterogéneo, se dio el calificativo de depresión atípica a la presentada por pacientes que tenían una mala respuesta a los ATC (Antidepresivos tricíclicos) en ensayos clínicos realizados en el ámbito hospitalario, caracterizándose por síntomas como humor reactivo, cansancio tipo pesadez de brazos y piernas, aumento de apetito o de peso significativos, hipersomnia, hipersensibilidad al rechazo interpersonal y buena respuesta a los IMAO. A pesar de su nombre, no es una depresión atípica en el entorno ambulatorio.

El DSM-IV permite realizar una serie de especificaciones para el trastorno depresivo mayor que hacen referencia a la gravedad del episodio actual (grave, moderado, leve, en remisión parcial, en remisión total), sus características (con síntomas atípicos, con síntomas melancólicos, con síntomas catatónicos, con síntomas psicóticos) y el curso del trastorno (con o sin recuperación interepisódica).

El trastorno distímico o distimia es el término que el DSM-IV y la CIE-10 utilizan como prototipo de depresión crónica. Las diferencias con la depresión mayor son de intensidad y duración más que categoriales, siendo práctica habitual el doble diagnóstico en un mismo paciente. Se estima que el 20- 30 % de los pacientes con trastorno depresivo mayor también cumple los criterios de trastorno distímico, una combinación que se denomina depresión doble. De igual modo, un 40 % de los pacientes con trastorno distímico podrían cumplir criterios de depresión mayor en algún momento de la evolución. En la historia clínica informatizada de Atención Primaria con el sistema OMI el Código CIAP de depresión es el P76.

#### **4.2. Discapacidad**

La discapacidad así mismo hoy en día es un gran problema de salud a nivel mundial la misma que se define como una deficiencia o limitaciones de realizar actividades diarias que las personas normales pueden realizar. El análisis histórico de la atención de las personas con discapacidad en el Ecuador se ha caracterizado como en los problemas sociales por ser de baja cobertura y deficiente calidad asentada básicamente en las acciones del sector privado y en algunas instituciones del sector público que ha asumido su responsabilidad desde hace algunas décadas. La atención a las personas con discapacidad se inició gracias a la iniciativa de padres de familia y organizaciones privadas bajo el concepto de caridad y beneficencia a través de las incipientes organizaciones de personas ciegas y sordas.

Es así que Ecuador se aprobó en el 2008 la nueva Constitución que menciona en 21 artículos y una disposición transitoria la defensa de los derechos de las personas con discapacidad y la responsabilidad del Estado en su implementación.

Con este marco legal en Junio 2007 la Vicepresidencia de la República suscribió un convenio de cooperación interinstitucional con varias instituciones del Estado para emprender conjuntamente la ejecución de la Misión Solidaria Manuela Espejo y posteriormente el Programa Joaquín Gallegos Lara.

La Misión Solidaria Manuela Espejo realizó un estudio biopsicosocial clínico genético para identificar y registrar georreferencialmente a todas las personas con discapacidad a escala nacional. El programa Joaquín Gallegos Lara nace luego de que la Misión Manuela Espejo detectó los casos más críticos de personas con discapacidad física o intelectual severa que viven en un entorno de pobreza, siendo en muchas veces abandonadas por largas jornadas.

Y es así que el 25 de septiembre del 2012 entró en vigencia la ley orgánica de discapacidades como resultado del mandato constitucional y de las disposiciones de la convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Con el fin de empezar a hablar de discapacidad es necesario hacer un breve repaso de los principales conceptos y terminología que se relacionan directamente con este término tan amplio.

Deficiencia es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones incluidas las psicológicas.

Discapacidad es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (sexo, edad, género, etc.).

Minusvalía es la socialización de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad y que afecta al desempeño en el rol social que le es propio (OMS, 2014).

#### **4.2.1. Clasificación de discapacidad en Ecuador.**

La tipología reconocida por el Sistema Único de Calificación de Discapacidad (2012) en Ecuador corresponde a:

- Discapacidad física
- Discapacidad visual
- Discapacidad auditiva
- Discapacidad del lenguaje
- Discapacidad intelectual
- Discapacidad psicológica/mental

Grados y porcentajes de discapacidad:

Grado 1: Discapacidad nula, la calificación de esta clase es 0 %.

Grado 2: Discapacidad leve, a esta clase corresponde un porcentaje comprendido entre el 1 y el 24 %.

Grado 3: Discapacidad moderada, a esta clase corresponde un porcentaje comprendido entre el 25 y 49 %.

Grado 4: Discapacidad grave, el porcentaje que corresponde a esta clase está comprendido entre el 50 y 70 %.

Grado 5: Discapacidad muy grave, mayor a 75% esta clase, por sí misma, supone la dependencia de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria, demostrada mediante la obtención de 15 o más puntos en el baremo específico (Cossio et al. 2012). Por medio de estas escalas de clasificación se puede calificar y ubicar al paciente en un puntaje específico de discapacidad para determinar si es apto o no para un bono solidario o Joaquín Gallegos Lara el mismo que sirve como ayuda al cuidador para cubrir las necesidades básicas de la persona con discapacidad.

#### **4.2.2. Discapacidad en cifras.**

Las personas con discapacidad según la OMS 2011 en el mundo existen más de mil millones de personas que representa el 15 % que padecen alguna forma de discapacidad. En el Ecuador existen 640,183 con bajo o ningún nivel de autonomía de los cuales el 38 % necesita de cuidado permanente, y el 52 % es cuidado por las madres los cuidadores no sólo asumen las responsabilidades derivadas del cuidado sino también las consecuencias que el mismo conlleva sobre la dinámica familiar, de pareja, sus relaciones sociales, actividades de tiempo libre y cotidiano. En el 2010 se identificó en todo el país 294,611 personas con discapacidad, Cotopaxi y Loja ocupan el primero y segundo lugar respectivamente. En el 2013 el número de personas con discapacidad se incrementó a 361,487 de los cuales 201,946 son hombres y 159,541 son mujeres siendo la provincia del Guayas y Pichincha en el primer y segundo lugar respectivamente. En la provincia de Loja existen 14,053 personas con discapacidad que representa un 3,61 %, en la provincia de Loja la discapacidad física ocupa el primer lugar con 5,026 casos; seguido de discapacidades sensoriales 3,209 casos; discapacidad intelectual 4,198 casos, y psicológica 620 casos. (Torres, 2013). El libro Discapacidad en cifras nos indica la opinión y percepción de las personas con discapacidad grave y nos señala que en el 2005, el 41 % percibieron discriminación en el país. Dicha discriminación pertenecía a la marginación de actividades comunitarias, como son las fiestas, torneos deportivos, reuniones, entre otros (Montaño, 2012). Adicionalmente, datos estadísticos indicaron que el 58 % de las personas con discapacidad grave sintieron que su discapacidad influyó negativamente en el trato que recibieron; mientras que el 70 % de individuos señaló que no tuvieron la misma oportunidad de conseguir empleo que el resto de población, cabe mencionar que estos datos fueron recolectados antes del establecimiento de la Ley Orgánica de Discapacidades del Ecuador con referencia a la percepción de las capacidades que tienen las personas con discapacidad, el 39 % de la población Ecuatoriana indicó que las personas con discapacidad no tienen las mismas aptitudes que el resto de la población el 13 % opinó que un individuo con discapacidad no puede ser un profesional y el 23 % mencionó que no aportan al desarrollo del país. A pesar de que estos datos fueron



obtenidos en el año 2005, evidencian una historia de desconocimiento en la población ecuatoriana (Montaño, 2012).

### **4.3. Depresión en discapacidad**

La presencia de depresión en personas con enfermedades crónicas degenerativas o con algún grado de discapacidad describe Karla Thompson, Ph.D que se multiplica de 2 a 10 veces más que en personas aparentemente normales es decir con una afección de alrededor de 40 a 70% en estos pacientes. También ha sido observada en pacientes seniles que son atendidos en centros hospitalarios de segundo y tercer nivel, independientemente de su estado de salud. Ha sido demostrado que algunas enfermedades pudieran tener una comorbilidad mayor con la depresión y así lo demuestra un estudio realizado en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el que se encontró un porcentaje considerable de depresión (37.2%).

Una vez comprendidas las reacciones por las que la familia pasa ante la presencia de un familiar con discapacidad física, es necesario centrar la atención no solo en la familia sino en la propia persona con discapacidad por lo que acontece a nivel de su salud mental. Así pues, por los roles asumidos en la pareja y la familia se considera que el/la persona con discapacidad fácilmente ingresa en esta patología principalmente por el verse inhibida en la realización de sus actividades normales y estar a expensas de segundas personas y por esta razón de estar dependiente siente que, los roles que le corresponde cubrir se ven absorbidos casi en un 100 % por segundas personas lo cual le produce una profunda perturbación psicológica (Gras & Hernández, 2004).

Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, no raras veces resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Así por ejemplo la comorbilidad entre trastorno depresivo y trastorno por ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. También puede concurrir la depresión con el abuso de alcohol o tóxicos y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas. Es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansina, tono de voz bajo, facies triste o poco expresiva, llanto fácil o espontáneo en la consulta, escasa concentración durante la entrevista, verbalización de ideación pesimista, quejas hipocondríacas, alteraciones en el ritmo del sueño, quejas somáticas difusas y difíciles de encuadrar. En lugar de la tristeza o bajo estado de ánimo la queja principal puede consistir en la pérdida de interés y disfrute en la vida, una vivencia del tiempo enlentecida y desagradable, o la falta de energía vital para las tareas más sencillas de la vida cotidiana.

Hay que tomar en consideración los datos sobre la historia personal del paciente, los antecedentes afectivos familiares, su situación social y económica. Igual tener en cuenta que estas manifestaciones que determinan un cuadro de depresión estén presentes por al menos dos semanas para que se pueda establecer el diagnóstico (Caraveo, 1987). Han establecido que la frecuencia de la depresión oscila entre 6 y 15 % para la población general y en países industrializados ha sido reportada entre 6 y 12 %. Y es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3,3 y 21,4 %, es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad, afecta más a la mujer que al hombre, en el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio cada año se suicidan más de 800 000 personas y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años y de la pérdida del interés de vivir por parte de las personas con discapacidad.

#### **4.4. Funcionalidad familiar**

Tradicionalmente, las ciencias exactas han sido progresivamente analíticas. Cuando algo no podía ser adecuadamente explicado, se diseccionaba en partes más pequeñas; si estas nuevas partes tampoco eran entendibles, nuevamente eran fragmentadas. Y así hasta que pudieran ser definitivamente comprendidas. Y reproducidas. La ilusión de este método como el único fiable, por lo menos, el más fiable, hizo que las ciencias de la salud diseccionaran cada vez más el organismo humano (aislándolo, además, de su entorno vital). Frente a lo propuesto por la teoría analítica surge la teoría general de los sistemas como un intento de comprender el funcionamiento de los organismos de una forma global. No desarrollaremos en este momento las bases de la epistemología sistémica, pero sí haremos alusión a aquellos conceptos que son aplicables a la familia.

Empezaremos definiendo lo que es un sistema abierto y cuáles son sus propiedades, para luego centrarnos en la familia como un sistema abierto.

Un sistema es un conjunto de unidades interrelacionadas entre sí, cada una de ellas con: diferente nivel de complejidad, límites de permeabilidad variables, sistema de comunicación interno, y medio de comunicación con el exterior. La mayoría de los sistemas son abiertos ya que establecen algún tipo de intercambio con su entorno; sin embargo, se podría hablar de sistemas cerrados en aquellos casos en los cuales el intercambio sería escaso o prácticamente nulo. Ahora veamos cuáles son las propiedades de los sistemas abiertos:

1. Totalidad, y su corolario no sumatividad. El todo es más que la suma de sus partes; esto es: existen ciertas propiedades del sistema que derivan no sólo de los elementos en sí mismos, sino de la forma en que estos se relacionan.

Cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal forma con las demás que un cambio en una de ellas desencadena un cambio en todas y cada una de las demás y, por tanto, en el sistema como un todo.

2. Homeostasis. La homeostasis es el estado interno de un sistema que se mantiene relativamente constante mediante la autorregulación. Define la estabilidad del sistema o su estado de equilibrio y su tendencia a mantenerse estable mediante dos formas diferentes:
  - a. Retroalimentación positiva que tiende a modificar la estructura y funcionamiento del sistema produciendo crecimiento y diferenciación.
  - b. Retroalimentación negativa que tiende a mantener el sistema estable proporcionando unión, sentido de pertenencia y apoyo.
3. Equifinalidad/multifinalidad. El concepto de Equifinalidad defiende que el estado de un sistema está determinado por la naturaleza de la relación (proceso) y no por sus condiciones iniciales, de manera tal que, distintas condiciones iniciales pueden llevar a un mismo estado del sistema. El concepto opuesto, el de multifinalidad, hace referencia al hecho de que desde un mismo punto inicial se puede llegar a diferentes estados finales.
4. Calibración. La regulación por calibración consiste en el pasaje del sistema de un estado a otro (se la puede comparar con el modelo del termostato) y se constituye por las reglas que gobiernan la estabilidad del sistema.

#### **4.4.1. La Familia como Sistema**

Como hemos mencionado anteriormente, las propiedades que acabamos de exponer en relación con los sistemas abiertos son aplicables a la familia. Así, la familia como un todo es más que la suma de sus partes (totalidad/no sumatividad) ya que no depende sólo de las individualidades de sus miembros sino de las relaciones que entre ellos mantienen. Por tanto, la aparición de un síntoma o enfermedad en uno de los elementos del sistema familiar afecta a todos los demás miembros del sistema. Esto es importante ya que puede complicar determinados cambios de hábitos propuestos por el médico para un individuo al repercutir en el resto de la familia.

De la misma manera, la familia tiene tendencia a autorregularse con mecanismos de dos tipos: el de crecimiento/cambio frente al de autorregulación/homeostasis. La alternancia de estas dos fases señala el grado de adaptabilidad del sistema mientras que la maximización de una de ellas nos puede anticipar la aparición de alguna crisis. En algunos casos, la enfermedad en uno de

los miembros de la familia puede ser un mecanismo de autorregulación al que apela el sistema en aras de su cohesión, como una alternativa reguladora que presiona en dirección de la estabilidad. Ambos conceptos, adaptabilidad y cohesión, serán explicados más adelante.

La visión sistémica de la familia nos ayudará a comprender que las relaciones que se dan entre los diferentes miembros tienen una causalidad circular, es decir, nadie es culpable y nadie es víctima. Todos, paciente y familia, juegan el mismo juego desempeñando cada uno su papel. El enfoque por parte del profesional desde esta perspectiva favorecerá una actitud neutral en su trabajo a la hora de decidir abordar e intervenir cualquier sistema familiar en particular. Quizás podamos empezar a "pensar de forma sistémica", abrir el ángulo y relacionar los síntomas físicos con los psicológicos dentro de un contexto más grande, la familia. A nosotros nos gusta comparar a la familia en cuanto sistema abierto, metafóricamente, como la familia como un grupo de personas, todas ellas en un bote. Parece fácil de entender que cuando algún individuo nuevo entra en él, el bote se desequilibra. Este caso pudiera equipararse con el sistema familiar cuando nacen los hijos o cuando el abuelo "itinerante" viene a pasar "un tiempo" en casa "porque le toca". Para que el bote consiga su equilibrio anterior (o incluso, un nuevo equilibrio, calibración del sistema), las personas que en él se encuentran tienen que moverse. Llevado a la familia, para integrar al nuevo miembro en el sistema, el resto de familiares tiene que asumir nuevos y diferentes roles (tienen que evolucionar, esto es, "moverse"). Igualmente, "cuando alguien sale del bote" (podemos pensar en la familia lanzadera o en plataforma de despegue, incluso cuando por alguna enfermedad uno de los miembros del sistema familiar fallece), nuevamente éste entra en crisis y su equilibrio se trastorna. El periodo de transacción de una fase a otra se realizará con ajustes, esto es, cambio en las funciones del resto de los miembros del sistema familiar. Este ejemplo sería válido para todas y cada una de las etapas del ciclo vital familiar. Como ejercicio se nos ocurre animarnos ahora a pensar todas aquellas situaciones que pueden alterar el funcionamiento de la familia, y de qué modo se enfrentan a ellas los diferentes miembros del sistema.

Resumiendo, la familia es un sistema abierto, estable, gobernado por reglas y con límites que van desde los muy rígidos (padres inflexibles que imponen normas rigurosas) hasta los muy difusos donde cada uno hace lo que le da la gana; con una historia, inmerso en un supra sistema y compuesto por subsistemas.

Dentro de los sistemas se pueden apreciar pequeños subconjuntos formados por elementos del mismo sistema que se relacionan entre sí; es lo que conocemos con el nombre de subsistema. Así, un subsistema es un conjunto de elementos agrupados en torno a una misma función o cualidad. En el marco de los subsistemas, los patrones de interacción que se manejan no son válidos para el sistema familiar en su conjunto. También en la familia, los individuos que la componen pertenecen a varios subsistemas a la vez, en los que aprenden y desarrollan habilidades bien

diferenciadas. Pensando en términos de familia, ¿qué subsistemas crees que podemos encontrar dentro de ella? Básicamente son tres los subsistemas que tendremos que valorar a la hora de realizar un abordaje familiar:

- El subsistema conyugal.
- El subsistema parental (o parento-filial).
- El subsistema fraternal.

La evaluación de los subsistemas familiares proporciona un rápido cuadro diagnóstico de la familia, en función de la cual se orientarán las intervenciones terapéuticas.

Subsistema conyugal, el formado por la pareja. Es el eje en torno al cual se forman todas las relaciones. Con el subsistema conyugal comienza y termina la familia, y lleva implícitos tareas de complementariedad y de acomodación mutua, en los que cada miembro debe adaptarse para formar una identidad en pareja, un "nosotros" que va más allá del "tú" y "yo". (Phillippe Caillé). haciendo clara referencia a la pareja como argumento singular claramente diferenciado de las dos personas que la forman, como un ser vivo que teje su propia historia. Posee funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia, como son el brindarse apoyo y seguridad, mostrarse afecto y tener relaciones sexuales satisfactorias.

Subsistema parental o parento-filial, el formado por padres e hijos. Representa el poder ejecutivo y ejerce las funciones organizativas básicas. En este subsistema son básicos los principios de autoridad, jerarquía y diferenciación de sus miembros, con la necesidad de compartir sentimientos de unión y apoyo. Los padres deberán valorar a cada hijo como los seres únicos e irremplazables que son, sin compararlos entre sí, a la vez que les ofrecen igualdad de alternativas y de oportunidades sin ningún tipo de diferenciación a causa del sexo. Actualmente, en la sociedad en la que vivimos, cada vez hay más familias con un solo hijo, por lo que es importante que los padres, por una parte, fomenten la relación de éste con otros niños, además de que la pareja limite las entradas del hijo a la relación conyugal.

Subsistema fraternal, el formado por los hermanos. Es el primer laboratorio social en el que los niños aprenden a relacionarse con iguales (compartir, negociar, rechazar). Las relaciones entre hermanos son muy significativas y constituyen un auténtico campo de aprendizaje donde se ensayan la competición, pero también la cooperación y la negociación. La competición entre hermanos es una fuente potencial de conflictos, pero también de emulación constructiva, ya que los hermanos evolucionan gracias a la relación que hay entre ellos, y al afán por diferenciar su propia identidad en el sistema familiar. La generosidad será una cualidad que también habrán de incorporar en sus relaciones con los demás.

Algunos autores describen otros subsistemas que según ellos van surgiendo a lo largo de la evolución del ciclo vital familiar, producto de las interacciones relacionales de sus miembros tales como el subsistema de cuidados mutuos (en el que los miembros de la familia se cuidan tanto emocional como físicamente); el subsistema afectivo-empático (en el que los miembros expresan sentimientos entre sí y se identifican con las vivencias y emociones de cada uno); el subsistema sensorio-sexual (que incluye el contacto físico entre todos los miembros de la familia y el contacto sexual entre los padres); el subsistema comunicacional (con expresión verbal o no verbal de mitos, historia, ideas).

Antes de continuar nos parece necesario mencionar que, mientras escribíamos esta introducción al pensamiento sistémico nos dimos cuenta que, para entender mejor tanto su significado como su posible aplicación a nuestra práctica clínica, al extraer algunos de los conceptos del contexto de la Terapia Familiar y colocarlos en el ámbito de la Atención Primaria podíamos modificar su significado estricto. Así, puede que desde la perspectiva de algún terapeuta familiar el uso que hacemos de ellos sea poco ortodoxo. Sin embargo, al igual que ocurre con otras especialidades de segundo nivel, consideramos que la adaptación de estos conceptos, a lo que desde nuestra especialidad llamamos Atención Familiar, es totalmente justificable.

Desde la perspectiva sistémica se ha demostrado que el abordaje de individuos aislados, sin tomar en cuenta su contexto más cercano, ofrece una percepción errónea de lo que está ocurriendo. Nuestros pacientes, al igual que todos nosotros, nos encontramos inmersos en una trama de relaciones humanas y sus consecuencias recíprocas, interaccionando una y otra vez. Esto lleva a la transformación de un modelo de pensamiento lineal de causa-efecto, a un modelo de pensamiento sistémico o de causalidad circular.

Las premisas de la teoría sistémica deducen que un sistema en su conjunto es cualitativamente diferente de la suma de sus elementos individuales y que por tanto, "se comporta" de forma distinta, llamando estructura a la totalidad de las relaciones que se dan en su interior. Por regla general, los sistemas forman parte de macrosistemas a la vez que ellos mismos en su interior incluyen sistemas más pequeños o microsistemas, lo que constituye una jerarquía de sistemas.

Tradicionalmente, el individuo ha sido observado como una unidad, aun cuando dentro del marco de la Terapia Familiar al igual que desde la Atención a la Familia, la persona se descubre como una parte de un sistema mayor constituido por la familia.

Esta nueva perspectiva modifica las teorías explicativas sobre el comportamiento humano. Al ampliar el marco teórico, los síntomas del individuo no

pueden ser considerados sólo el producto de reacciones internas sino el resultado de las pautas de relación del paciente con los diferentes miembros del sistema familiar.

Dentro de la terapia familiar mencionaremos los tres principios básicos de la terapia sistémica o modelo de la Escuela de Milán, para luego hablar más detenidamente del modelo estructural.

El término funcionamiento familiar es definido como el resultado de los esfuerzos familiares para conseguir un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante una situación de crisis familiar. (Urizar, A. C., & Giráldez, S. L. 2008, p. 578). El bienestar de la familia puede ser considerado como un estado de acontecimientos en los cuales todas las necesidades de la familia están cubiertas. Esto requiere que las personas busquen un balance entre perseguir aspiraciones personales, tales como cuidado y estudio, y contribuyan al bienestar de los otros miembros de la familia. (Andrade, L. C., & Roldán, G. S. 2007, p. 529). Más que la ausencia de discordia, es la presencia de apoyo, la relación afectuosa y gratificante que sirve para promover el desarrollo personal de los miembros de la familia y el bienestar colectivo de la familia como un todo (Migerode, F., Maes, B., Buysse, A., & Brondeel, R. 2012, p. 489), es considerada como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida. Sin embargo, cuando su funcionamiento se altera ante la presencia de una persona con discapacidad, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual, grupal y social (López Jiménez, M. T., Barrera Villalpando, M. I., Cortés Sotres, J. F., Guines, M., & Jaime, M. 2011, 113).

La discapacidad de un hijo es un hecho que repercute en el conjunto familiar padres y hermanos. y genera una serie de efectos adversos: altos niveles de estrés, bienestar general más bajo, relaciones sociales más pobres, sentimientos de crianza negativos, peor satisfacción marital y una mayor carga económica y de cuidados. (Arellano, A., & Peralta, F. 2013, p. 147).

Las familias aún en las sociedades más modernas necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, principalmente en las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar. Estos aspectos interesan a la medicina contemporánea llamándola funcionalidad familiar y corresponde a uno de los parámetros principales que se evalúa en el estudio de la salud familiar. La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna de estas funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte analizando a la familia como sistema, esta es disfuncional cuando algunos de sus subsistemas se alteran por cambio en los roles de sus integrantes. Sánchez Ortega Amparo Lic. Las Nuevas Tecnologías en el Entorno Familiar de las Personas con Discapacidad (PROLAM, 2000). Una familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los

diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento.

Familia disfuncional, puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía y por sobre todas las cosas cuando hay la pérdida de vínculos interfamiliares.

Crisis, cualquier evento traumático, personal o interpersonal dentro o fuera de la familia que conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.

Normativas, son situaciones planeadas esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar, son cambios obligados.

Paranormativas, son experiencias adversas o inesperadas, impredecibles para la familia. Las que ocurren dentro de la familia ocasionan mayor disfunción que cualquier otro evento.

Garza Elizondo nos dice que la familia se encuentra sometida a presión interna originada por la evolución de sus miembros y subsistemas de desarrollo individual y familiar y a presión externa originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales que influyen sobre los miembros de la familia. Una familia con un enfermo dependiente, presenta un evento tensionante que afecta no solo al enfermo, sino a cada uno de sus integrantes y a la familia como un todo (1997).

La enfermedad, la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida. Algunas familias sufren un deterioro en su calidad de vida mientras otros tienen capacidad de adaptación y superan con éxito la crisis, (Sánchez, 2000) dice que el actual concepto de "persona con discapacidad" va indisolublemente unido al de "entorno", incluido el familiar, con demandas de funcionamiento. Dichas personas se caracterizan por limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo (Rolland, 2000). La familia siempre ha sido, y es, no solo el entorno más próximo a la persona con discapacidad, ya que dichas personas tienen necesidades especiales, en las que se han centrado a todo ser humano: fisiológicas, seguridad, pertenencia, estima y autorrealización. La dinámica familiar de una persona con discapacidad está marcada por situaciones críticas que se añaden a las



habituales en la relación familiar y la forma de resolverlas condicionará los apoyos que se le ofrezcan a la persona (Kathleen, 1986).

## **5. Materiales y métodos**

### **5.1. Tipo de investigación**

Estudio que forma parte del macroproyecto denominado “La problemática de las personas con discapacidad en la provincia de Loja” integrado por cinco estudiantes de la especialidad de medicina familiar quienes exploramos diferentes aspectos del diario vivir de este grupo vulnerable.

### **5.2. Diseño Metodológico**

El diseño es analítico, correlacional de corte transversal, de las variables planteadas al inicio del estudio, variable dependiente depresión y la independiente la funcionalidad familiar.

### **5.3. Unidad de estudio**

La unidad de estudios la constituyen las personas diagnosticadas con discapacidad grave y muy grave de acuerdo al baremo de calificación utilizado del Ministerio de Salud Pública, y que constan en el censo de las personas con discapacidad del 2015.

#### **Delimitación espacial y temporal:**

El estudio se realizó en la provincia de Loja, ubicada entre las coordenadas 3°59' 26" de latitud sur y 79°12'18" de longitud oeste; limita al norte la provincia de Azuay, al sur con la República del Perú, al este con la provincia de Zamora Chinchipe y al oeste con la provincia de El Oro. Según la división política administrativa de la zona, está compuesta por 16 cantones: Calvas, Catamayo, Celica, Chaguarpamba, Espíndola, Gonzanamá, Loja, Macará, Olmedo, Paltas, Pindal, Puyango, Quilanga, Saraguro, Sozoranga y Zapotillo; además de 78 parroquias urbanas y rurales.

### **5.4. Universo**

Según la base de datos de personas con discapacidad del Ministerio de Salud Pública, en la provincia de Loja existen 14324 personas con discapacidad independientemente de su tipo y porcentaje, de las cuales 2050 padecen de discapacidad grave y muy grave según la calificación del carnet de discapacidad siendo el grupo de estudio el Universo.

## 5.5. Muestra:

Para calcular el tamaño de muestra se utilizó la fórmula de Pita Fernández a partir del Universo de personas con discapacidad grave y muy grave calculado en 2050 personas.

$$n = \frac{n \cdot z^2 \times p \times (1-p)}{(N-1) \times e^2 + Z^2 \times p \times (1-p)}$$

### Donde:

**n** = Tamaño de la muestra que queremos calcular

**N** = Tamaño del universo

**Z** = Valor del nivel de confianza, nivel de confianza 95% → Z=1,96

**e** = Límite aceptable de error muestral, e = 0,03 (3%)

**p** = Proporción que esperamos encontrar

Valor aproximado del parámetro que queremos medir, p = 0,13

El cálculo del tamaño de la muestra se utilizó entre otros los software EPI INFO v. 7, EPIDAT v. 3.2; SPSS v. 16 o superior; EXCEL (Pita Fernández), Microsoft Project, entre otros.

$$n = \frac{2050(1.96)^2 \times 0.13 \times (1-0.13)}{(2050- 1) \times (0.13)^2 + (1.96)^2 \times 0,13 \times (1-0.13)} = 397$$

Se ha calculado una muestra de 397 personas con discapacidad grave y muy grave de un total de 2050 personas, obtenida mediante el paquete estadístico EPI-INFO con un límite de nivel de confianza del 3 %, frecuencia esperada del 13,84 %, y una significancia del 95 %.

## 5.6. Muestreo

Para el muestreo se consideró la base de datos de personas con discapacidad grave y muy grave proporcionada por la coordinación Zonal 7 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador realizando un estudio probabilístico de tipo aleatorio simple multietapico a través del sistema informático Microsoft Excel 2010 para hacer la selección de los pacientes a encuestar. Luego se dividió por cantón y por conglomerados representativos incluyendo variables como porcentaje de la

población con respecto a la provincia y número de personas con discapacidad por cada cantón.

Una vez finalizado el proceso de estratificación y aleatorización se elabora la hoja de ruta para la aplicación del instrumento en campo y la consabida recopilación de información

### **5.7. Cálculo de la amplitud del intervalo**

Para ordenar los datos numéricos en intervalos, se dividirá el rango de las personas con discapacidad en (n) intervalos que se desea establecer. Para ello se ordenan los datos de menor a mayor con el fin de detectar los valores extremos, luego se obtiene la diferencia entre el mayor valor y el menor valor. El valor resultante de esta diferencia servirá para determinar la amplitud que tendrá cada intervalo.

Partiendo de toda esta información, se cruzarán los datos y se obtendrá el número de estratos. Dentro de cada estrato se agruparán las parroquias con características de los criterios discriminantes similares. Dentro de cada estrato se aleatorizada la o las parroquias que se deben visitar para completar el número de encuestas.

**Cuadro 1 Número de encuestas por parroquias donde se realizará el trabajo de campo**

<b>Cantones</b>	<b>Parroquias</b>	<b>Población</b>	<b>% Población</b>	<b>Personas con Discapacidad</b>	<b>Encuestas a realizar</b>
<b>Calvas</b>	Cariamanga	21301	75.58	1429	53
<b>Catamayo</b>	Catamayo	23455	76.55	1348	55
<b>Catamayo</b>	El Tambo	4630	15.11	334	8
<b>Celíca</b>	Celíca	7323	48.48	460	7
<b>Celíca</b>	Cruzpamba	1094	7.24	72	8
<b>Celíca</b>	Pózul	3673	24.31	226	8
<b>Chaguarpamba</b>	Santa Rufina	1210	16.89	78	8
<b>Espíndola</b>	27 de abril	2086	14.10	193	8
<b>Espíndola</b>	Amaluza	3438	23.23	339	10
<b>Espíndola</b>	Jimbura	2316	15.65	220	8
<b>Gonzanamá</b>	Changaimina	2751	21.66	240	9
<b>Gonzanamá</b>	Sacapalca	2168	17.07	218	7
<b>Loja</b>	Gualel	2060	0.96	163	7
<b>Loja</b>	Loja	180617	84.06	8276	53
<b>Loja</b>	Malacatos	7114	3.31	385	6
<b>Loja</b>	Quinara	1384	0.65	102	9

<b>Loja</b>	San Lucas	4673	2.17	280	8
<b>Loja</b>	Taquil	3663	1.70	184	7
<b>Loja</b>	Vilcabamba	4778	2.22	259	9
<b>Macará</b>	Macará	15730	82.71	879	13
<b>Olmedo</b>	La tingue	668	13.72	47	7
<b>Olmedo</b>	Olmedo	4202	86.28	349	7
<b>Paltas</b>	Casanga	1805	7.58	136	8
<b>Paltas</b>	Catacocha	12202	51.28	769	11
<b>Paltas</b>	Lauro guerrero	1825	7.67	139	9
<b>Paltas</b>	Cangonamá	924	7.40	89	8
<b>Pindal</b>	Pindal	5665	50.62	507	7
<b>Saraguro</b>	Lluzhapa	1705	3.32	159	7
<b>Saraguro</b>	Yulug	982	1.91	458	7
<b>Saraguro</b>	Saraguro	30183	58.80	76	7
<b>Zapotillo</b>	Garza Real	1782	14.48	137	8
<b>Zapotillo</b>	Zapotillo	4231	34.36	335	7

Fuente: INEC

Elaborado por: Dr. José Gerardo Valdivieso Hidalgo.

### **5.8. Análisis de la potencia estadística**

Conjuntamente con el cálculo del tamaño de muestra, se realizó el análisis de potencia estadística, con el fin de que dicho tamaño no sea ni demasiado alto ni demasiado bajo. Ya que al ser demasiado bajo, el experimento carece de precisión para proporcionar respuestas fiables a las preguntas que se está investigando, mientras que al ser demasiado grande, el tiempo y los recursos serán en vano.

Para la verificación de la potencia de la muestra se utilizó el software GPower v. 3.1, y Excel (Pita Fernández). El presente trabajo investigativo cuenta con una potencia del 88 %.

### **5.9. Técnicas utilizadas en el proceso de recopilación de la información**

- *Recopilación de información Primaria* en primera instancia se efectuó una encuesta semiestructurada, dirigida a los participantes e involucrados de investigación; previo consentimiento informado.

- *Recopilación de Información Secundaria*; documentos e información sobre el contexto: literatura técnica y científica, trabajos, reportes, mapas, archivos comunitarios, información en línea, donde se haya planteado el tema de generación, innovación y operatividad de estrategias para la solución de la problemática.

### **5.10. Criterios de inclusión y de exclusión**

Se utilizó criterios de exclusión e inclusión, con el objetivo de reducir al mínimo los sesgos que afecten el resultado investigativo.

#### **5.10.1. Criterios de inclusión**

- Hogares de la provincia de Loja que tengan un miembro de la familia con discapacidad grave y muy grave.
- Personas con discapacidad grave y muy grave que consten en la base de datos del MSP del año 2015 con los que se cerró el año.
- Personas con discapacidad grave y muy grave mayor de 10 años según la clasificación del baremo.
- Hogares que den su consentimiento de participación en el estudio.

#### **5.10.2. Criterios de exclusión**

- Personas con discapacidad menor de 10 años de edad.
- Personas con discapacidad leve y moderada según la clasificación del baremo.
- Personas con discapacidades psicometales o que al momento se les esté administrando medicación que tenga como efecto adverso o colateral de depresión.

### **5.11. Instrumentos.**

Mediante una encuesta estructurada se pidió responder los datos generales de cada individuo investigado, y por medio de la observación directa e información complementaria se estructuró los datos complementarios de cada participante.

*Sexo.*- Catalogados por el autor reporte como hombre y mujer

*Edad.*- Referida en el auto reporte por el propio paciente

*Estado civil.- Cedula de ciudadanía*

*Lugar de Residencia* Definido como el lugar donde reside cada individuo

*Escolaridad.-* Se la definió como sin escolaridad y con escolaridad

*Tipo de discapacidad.-* Según el baremo como visual, auditiva etc.

*Situación socioeconómica.-* Ficha socioeconómica del INEC 2010.

*Grado de discapacidad.-* Según la calificación del carnet de discapacidades.

### ***Funcionalidad Familiar***

Para la valoración de la funcionalidad familiar se aplicó el Test APGAR Familiar desarrollado por Smilkstein 1978 (anexo 1), que consta de cinco preguntas con una área diferente de la función familiar : Apoyo, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive y que es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado, de acuerdo a este test se clasifica a las familias en una de tres categorías de funcionalidad familiar: altamente funcionales de 7 a 10 puntos, moderadamente disfuncionales de 4 a 6 puntos y severamente disfuncionales de 0 a 3 puntos.

### ***Test de Hamilton***

Para obtener una mejor información y de primera mano de parte de los participantes e involucrados se aplicara un test estructurado (ver anexos 2), en relación a la temática. La utilización de estas herramientas permitió alcanzar los objetivos planteados en esta investigación.

Así mismo se recolecto datos de la persona con discapacidad mediante una ficha técnica personal (anexo 3). Y se aplicó la encuesta de estratificación socioeconómica del INEC 2010 (anexo 5).

La utilización de estas herramientas previo consentimiento informado (anexo 4).

Sistematización, tabulación y análisis de la Información. Se realizó matrices en base al programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies) versión 18 o posterior, las mismas que permitirán dar validez y confiabilidad a los instrumentos y validar las hipótesis planteadas, cumpliendo lo propuesto en los objetivos.

Una vez realizada la prueba piloto, se tabularon los datos en el programa SPSS, donde:

- 1) Se estableció el libro de códigos, fijándose bien en el tipo, etiqueta y medida de las variables.
- 2) Para determinar el síndrome depresivo que presentan las personas con discapacidades graves y muy graves a través del test de Hamilton la misma que su versión original constaba de 21 ítems y que posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

TOTAL:

NO DEPRESION        0 - 7  
DEPRESION MENOR 8 – 15  
DEPRESION        16 O MÁS

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresión Rating Scale.

1. **Humor depresivo**, (Sentimientos de tristeza, abatimiento, desvalorización y desesperanza) no evidente 0, solo exteriorizado al preguntar 1, exteriorizado espontáneamente 2, claros signos depresivos (expresión facial, voz, postura corporal, lagrimas) 3, la entrevista está dominada por comentarios acerca de abatimiento y desesperanza 4.
2. **Sentimiento de culpa**, no evidente 0, dudoso al momento de la evaluación (cree ser una carga para su familia y para sus compañeros de trabajo) 1, sentimientos de culpa o cavilaciones sobre faltas anteriores 2, la enfermedad la percibe como castigo 3, el sentimiento de culpa se convierte en delusivo 4.
3. **Ideación**, no evidente 0, la vida no vale la pena ser vivida pero no expresa deseo de morir 1, ideas de muerte no estructuradas 2, ideas suicidas 3, intento de suicidio 4.



4. **Insomnio inicial**, ausente 0, trastornos ocasionales (más de media hora) 1, trastornos constantes 2.
5. **Insomnio medio**, ausente 0, Sueño interrumpido 1, Despertar nocturno 2.
6. **Insomnio tardío**, ausente 0, Despertar muy temprano pero con capacidad de dormir 1, Despertar muy temprano sin poder conciliar el sueño 2.
7. **Trabajo y actividades de la vida diaria**, sin ninguna influencia 0, se siente incapaz y decaído 1, deficiente interés en las actividades cotidianas y reducción de su capacidad de trabajo 2, incapacidad para realizar su trabajo o actividad de la vida diaria 3, incapacidad permanente 4.
8. **Enlentecimiento psicomotor**, no evidenciable 0, leve reducción del ritmo de la conversación y del movimiento 1, movimientos discretos de las extremidades 2, inquietud motora 3, agitación motriz 4.
9. **Ansiedad psíquica**, no evidente 0, discreta irritabilidad 1, ansioso, irritable, aprehensivo 2, episodios de pánico 3, ansiedad severa que interfiere las funciones de la vida diaria 4.
10. **Ansiedad somática** (sudoración, temblores, meteorismo, cólicos, palpitaciones, cefalea), no evidente 0, ocasionalmente 1, episodios que no interfieren con la vida diaria del paciente 2, son molestos, que interfieren con la vida diaria del paciente 3, numerosos, persistentes e incapacitantes 4.
11. **Síntomas somáticos gastrointestinales** (falta de apetito, estreñimiento, cólicos), no evidente 0, falta de apetito 1, tiene que ser estimulado para comer 2.
12. **Síntomas somáticos generales** (fatiga, agotamiento y pérdida de peso), no evidente 0, molestias vagas 1, molestias evidentes 2.
13. **Desinterés por el sexo**, sin variación 0, leve reducción del interés 1, pérdidas clara del impulso sexual 2.
14. **Hipocondría**, no evidente 0, ligera preocupación por la salud 1, considerablemente preocupado por su salud 2, está convencido que padece una enfermedad física que explica los síntomas 3, delusiones somáticas 4.
15. **Impresión propia sobre la enfermedad**, el paciente se da cuenta que está deprimido y enfermo 0, admite estar enfermo, pero lo atribuye a la

alimentación, al clima, al exceso de trabajo, etc. (circunstancias ajenas a la enfermedad) 1, niega totalmente estar enfermo 2,

### **5.12. Análisis de datos:**

Como primera instancia se realizó las siguientes operaciones:

- Para el análisis se consideran los datos generales del instrumento aplicado, únicamente las variables útiles (ítems) de cada investigación.
- Se realizó la suma total de todas las variables útiles.
- Se aplicó un análisis de correlación ítem – total. El índice de correlación “r” de Pearson para variables cuantitativas (escala mínima de intervalo), es un índice que mide el grado de covariancia entre distintas variables relacionadas linealmente. Adviértase que decimos "variables relacionadas linealmente", que varía entre 0 y 1, mientras más alto sea, mayor correlación habrá entre el ítem; y el total. Valores superiores a 0,8 indican buena participación de este ítem en el resultado total.

Posterior a ello, se realizó el análisis de Confiabilidad del instrumento que será a través del Alfa de Cronbach.

#### ***Para el Alfa de Cronbach:***

Una vez que todos los ítems tengan buena correlación con el total, se calculó el índice de validez o consistencia para instrumentos denominado Alfa de Cronbach cuyo valor fue de 0,92 para el test de Hamilton y de 0,94 para el APGAR Familiar el mismo que se correlaciona con estudios de confiabilidad del Alfa de Cronbach es considerado como adecuado ( $\alpha = 0.729$ ). Así mismo, la evaluación del sesgo por medio de la comparación de coeficientes Alfa sugiere la ausencia de este. . En el caso de obtener valores menores a 0,8 donde incluso cada uno de los ítems tuvo correlación con el total del instrumento, se identificarán los ítems con menor grado de correlación y se los podrá eliminar para que el índice aumente.

#### ***Análisis estadístico:***

Para la obtención de los datos, inicialmente se llevó a cabo el análisis de las variables cualitativas basándose en un estudio descriptivo de la información incluida en la ficha técnica personal, para acoplar a partir de estas la información de tipo epidemiológica de frecuencia y prevalencia (cuadros de frecuencias), para posteriormente realizarse la descripción de las variables cuantitativas obteniendo tablas de frecuencia con medidas de tendencia central, de dispersión y de forma.

En las variables del síndrome depresivo y funcionalidad familiar inicialmente se realizó, mientras que para relacionar las variables entre estas variables dependientes, se utilizó la prueba de chi cuadrado y para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas se usó el valor de P o significancia asintótica bilateral  $< 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ ).

Igualmente se realizó un análisis bivariante, utilizando las variables síndrome depresivo y la funcionalidad familiar como variables dependientes y el resto como independientes. En las tablas se presentan los resultados de las variables en las que se ha detectado diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) con sus correspondientes intervalos de confianza (IC 95%).

La OR se expresó para las categorías de cada variable en relación con la categoría de referencia para determinar el riesgo, junto con sus intervalos de confianza u error típico, igualmente el valor de Phi y V de Cramer nos sirve para determinar dependencia o no de variables. Para el análisis de los datos y la aplicación del estudio estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22.0.

#### 1.2.6. Resultados

En este apartado los resultados deben presentarse en orden lógico; se resumirán las observaciones.

## 5. Resultados

### 5.1. Estadística descriptiva

Los resultados obtenidos para cumplir los objetivos planteados en el presente estudio se presentan inicialmente con la caracterización sociodemográfica de las personas con discapacidades graves y muy graves de la muestra obtenida de los 397 que representan el 100%.

**Cuadro 2 Distribución de depresión en personas con discapacidades**

Ítem	frecuencia	población	prevalencia x 100	LI	LS
<b>sexo</b>					
HOMBRE	160	188	85,11	80,02	90,19
MUJER	167	209	79,9	74,46	85,33
<b>rangos de edad</b>					
ADOLESCENTE	72	81	88,89	82,04	95,73
ADULTO JOVEN	167	174	95,98	93,06	98,89
ADULTO MEDIO	61	79	77,22	67,97	86,46
ADULTO MAYOR	27	63	42,86	24,19	61,52
<b>estado civil</b>					
SOLTERO	242	306	79,08	74,52	83,63
CASADO	43	46	93,48	86,34	100,61
DIVORCIADO	4	4	100	100	100
SEPARADO	12	14	85,71	67,37	104,04
VIUDO	22	23	95,65	87,31	103,98
UNION LIBRE	4	4	100	100	100
<b>escolaridad</b>					
SIN ESCOLARIDAD	169	214	78,97	73,5	84,43
CON ESCOLARIDAD	158	183	86,34	81,36	91,31
<b>porcentaje de discapacidad</b>					
GRAVE	91	108	84,26	77,39	91,12
MUY GRAVE	236	289	81,66	77,19	86,12
<b>tipo de discapacidad</b>					
FISICO	190	226	84,07	80	89,39
INTELLECTUAL	94	120	78,33	70,95	85,7
VISUAL	21	27	77,78	61,12	92,87
PSICOLOGICO	13	13	100	100	100
AUDITIVO	7	8	87,5	67,95	107,07

OTRO	2	3	66,67	13,32	120,01
<b>funcionalidad familiar</b>					
DISFUNCIONAL	242	285	84,91	80,75	89,06
FUNCIONAL	85	112	75,89	67,96	83,81
<b>condición socioeconómica</b>					
BUENA CONDICION	12	21	57,14	35,97	78,3
MALA CONDICION	315	376	83,78	80,05	87,5
<b>procedencia</b>					
URBANO	199	234	85,04	80,46	89,46
RURAL	128	163	78,53	72,22	84,83

Fuente: Base de datos Macroproyecto Discapacidades Loja - Ecuador  
Elaboración: Dr. José Gerardo Valdivieso Hidalgo

Del total de la muestra (n: 397) determinamos que 160 corresponde al sexo masculino con el 85% de prevalencia con sus límites (L) entre el 80.02 y el 90.19. En el sexo femenino se encontró a 167 personas que padecen de depresión lo que da una prevalencia de 79.90 % con L entre 74,46 y 85.33. Por lo que se puede afirmar que las prevalencias de depresión por sexo no son estadísticamente significativas.

Existe una prevalencia de depresión de 88,89% en los adolescentes con LC de entre 82.04 a 95,73; en cambio en los adultos jóvenes hay una prevalencia de 95,98 con LC de entre 93,06 a 98,89; en los adultos medios existe una prevalencia de 77.22 con LC de entre 67,97 a 86,46: Y en los adultos mayores hay una prevalencia de depresión de un 42.86 con LC de entre 24.19 a 61.52. Por lo que se puede afirmar que existe una diferencia significativa en el grupo de adultos mayores en relación al resto de grupos etareos.

Existe una prevalencia del 100% de depresión en las personas divorciadas y las de unión libre, seguido del 95,65% con IC 87,31 a 103,98 de Viudos, casados con 93,48% con IC 86,34 a 100,61, los separados con un 85,71% con IC 67,37 a 104,04 y un 79,08% de solteros con IC de 74,52 a 83,63 pudiendo determinar que no existe relevancia significativa en la depresión según el estado civil.

También podemos determinar que no existe una significancia estadística en los niveles de escolaridad con respecto a presentar depresión en las personas con discapacidades como las que no tienen escolaridad con una prevalencia del 78,97% con LC 73,50 a 84,43 y con niveles de escolaridad con el 86,34% con LC 81,36 a 91,31.

Con relación a la valoración de discapacidades graves presenta una prevalencia del 84,26% con LC entre 77,39 a 91,12 y muy graves una prevalencia de 81,66% con LC de 77,19 a 86,12 en lo cual podemos apreciar que no existe un nivel significativo entre estas dos variables.

También existe una prevalencia de depresión por tipos de discapacidades como las personas que presentan discapacidades de tipo psicológicas con un porcentaje de 100% de todas a las que se les aplico, seguido de las auditivas con el 87,50% con LC 67,95 a 107, las físicas en un 84,07% con LC 80 a 89,39, intelectual con el 78,33% con un LC 70,95 a 85,70%, visual 77,78 con un LC 61,12 a 92,87, el psicológico y finalmente otras que se les catalogo a las personas que presentaban dos tipos de discapacidades a la vez con 66,67 con LC 13,32 a 120,0, dándonos cuenta que no existe un nivel de significancia en presentar depresión en cualquiera de los tipos de discapacidades.

La disfuncionalidad de las familias de las personas con discapacidades encontramos una prevalencia de 84,91% con un LC de 80,75 a 89,06 en relación al 75,89% de las familias funcionales con un LC entre 67,96 a 83,81 y que a la vez podemos denotar que no existe una significancia estadística.

En relación con la situación económica podemos afirmar que si existe una significancia estadística con las personas que tienen una buena condición económica con un 57,14% con LC de 35,97 a 78,30 y los de mala condición económica con un 83,78% con un LC de 80,05 a 87,50.

En cuanto al área geográfica de residencia no muestra diferencia significativa con prevalencias como en el área urbana se encuentra una prevalencia del 85,04 % con LC entre 80,46 a 89,46; en el área rural se encuentra una prevalencia de 78,53 % con LC de entre 72,22 a 84,83.

**Cuadro 3 Depresión en personas con discapacidad por cantón de residencia**

Ítem	frecuencia	población	prevalencia x 100	tasa/1000	LI	LS	Cuartil de riesgo
<b>CALVAS</b>	35	53	66,0	660,4	55,07	77,01	1
<b>CATAMAYO</b>	57	63	90,5	904,8	79,51	101,45	4
<b>CELICA</b>	21	23	91,3	913,0	80,34	102,27	4
<b>CHAGUARPAMBA</b>	7	8	87,5	875,0	76,53	98,47	2
<b>ESPINDOLA</b>	23	26	88,5	884,6	77,49	99,43	3
<b>GONZANAMA</b>	14	16	87,5	875,0	76,53	98,47	2
<b>LOJA</b>	85	103	82,5	825,2	71,55	93,49	1
<b>MACARA</b>	11	13	84,6	846,2	73,65	95,58	2
<b>OLMEDO</b>	13	14	92,9	928,6	81,89	103,83	4
<b>PALTAS</b>	31	36	86,1	861,1	75,14	97,08	2
<b>PINDAL</b>	5	7	71,4	714,3	60,46	82,40	1
<b>SARAGURO</b>	12	21	57,1	571,4	46,17	68,11	1
<b>ZAPOTILLO</b>	13	14	92,9	928,6	81,89	103,83	4
<b>Total</b>	327	397	82,4	10788,2	936,21	1221,42	

Fuente: Base de datos Macroproyecto Discapacidades Loja - Ecuador

Elaboración: Dr. José Gerardo Valdivieso

Con respecto a la prevalencia que existe de depresión en las personas con discapacidades por Cantón en toda la provincia de Loja podemos ver que Olmedo y Zapotillo presentan una prevalencia del 92,9 % con LC 81,89 a 103,83, seguido de Celica con el 91,3% con LC 80,34 a 102,27, Catamayo con 90,5 % LC 79,51 a 101,45, Espíndola 88,5% con LC 77,49 a 99,43, Gonzanamá y Chaguarpamba con el 87,5% con LC 76,53 a 98,47, que son las prevalecias más relevantes pero que de igual manera no representan ninguna significancia estadística.

## 5.2 Estadística Inferencial

### Cruce de variables dicotómicas y determinación de riesgos.

**Cuadro 4 APGAR Familiar y HAMILTON Agrupado**

		HAMILTON AGRUPADO		Total
		DEPRESIÓN	NO DEPRESIÓN	
APGAR FUNCIONAL	DISFUNCIONAL	(242), 84,9%	(43), 15,1%	(285), 100,0%
DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	(85), 75,9%	(27), 24,1%	(112), 100,0%
Total		(327), 82,4%	(70), 17,6%	(397), 100,0%

CHI cuadrado	Grado de libertad	Valor de P	V de Cramer	OR	LI	LS
4,504	1	0,034	,107	1,7	1,041	3,071

Fuente: Base de datos Macroproyecto Discapacidades Loja - Ecuador  
Elaboración: Dr. José Gerardo Valdivieso

**Análisis:**  $X^2 = 4,504$ ,  $p\text{-valor} = 0,034 = 3,4\%$

**Descripción:** La frecuencia de personas discapacitadas con depresión y disfuncionalidad familiar es tres veces mayor que los de familias funcionales.

En las variables de estudio, funcionalidad (independiente) y depresión (dependiente) determino que las personas con discapacidad en estado de depresión presentan una prevalencia del 84,9% en las familias las disfuncionales y sin depresión en las familias funcionales con el 15% existiendo una relación inversamente proporcional entre estas variables.

Con una probabilidad de error del 3,4% (< de 0,05) se indica que entre estas variables existe significancia o dependencia estadística aceptándose de esta manera la hipótesis alterna y rechazándose la nula, la cual planteaba que entre estas 2 variables si existía asociación y significancia estadística, por lo que se indica que la frecuencia de personas discapacitadas con depresión se relaciona con disfuncionalidad es tres veces mayor que los que no tienen depresión y son funcionales.

El valor de Phi de Cramer de 0,107 se determina una baja dependencia entre depresión y funcionalidad familiar, así mismo la disfuncionalidad familiar desde la perspectiva de razón de ventajas entre estas 2 variables no constituye un factor ni a favor de contra por mantener un valor del OR obtenido fue de 1,7 con los intervalos de confianza respectivos al 95% (LCI:1,041 – LCS: 3,071), indicándose que en las personas con discapacidad y con disfuncionalidad tienen 17 veces más el riesgo o



probabilidad de padecer depresión de aquellos que tienen un estado familiar funcional.

**Interpretación:** El estado de disfuncionalidad de las familias de las personas con discapacidad constituye un factor de riesgo para el origen de depresión.

**Cuadro 5 APGAR Familiar y Test de HAMILTON con relación al sexo de la persona con discapacidad, con chi cuadrado estratificado para tres variables**

SEXO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD		HAMILTON AGRUPADO				Total	
		DEPRESION		NO DEPRESION		f	%
		f	%	f	%		
HOMBRE	DISFUNCIONAL	(119)	87,5%	(17)	12,5%	(136)	100%
	FUNCIONAL	(41)	78,8%	(11)	21,2%	(52)	100%
	Total	(160)	85,1%	(28)	14,9%	(188)	100%
MUJER	DISFUNCIONAL	(123)	82,6%	(26)	17,4%	(149)	100%
	FUNCIONAL	(44)	73,3%	(16)	26,7%	(60)	100%
	Total	(167)	79,9%	(42)	20,1%	(209)	100%
		(327)	82,3%	(70)	17,6%	(397)	100%

**CHI cuadrado**

estratificado	G L	Valor de P	V de Cramer	OR	LI	LS	
	4,452	1	0,035	,109 / ,104	1,87 / 1,72	0,813 / 0,844	4,339 / 3,505

Fuente: Base de datos Macroproyecto Discapacidades Loja - Ecuador

Elaboración: Dr. José Gerardo Valdivieso

**Análisis:** X2 estratificado = 4,452; p-valor = 0,035 = 3,5.

**Descripción:** La frecuencia de personas con discapacidad en estado disfuncional y con depresión de acuerdo al sexo determinamos que no existe diferencia significativa unicamente de 21 casos entre grupo y grupo.

Con una probabilidad de error del (0,035) o del 3,5 (< de 0,05) se indica que entre estas variables existe significancia o dependencia estadística.

El valor de Phi y V de Cramer de 0,109 – 0,104 se determina una baja dependencia entre la depresion y funcionalidad familiar, así mismo la

disfuncionalidad familiar desde la perspectiva de razón de ventajas entre estas 2 variables no constituye un factor ni a favor de contra por mantener un valor del valor del OR obtenido fue de 1,87 y 1,72 con los intervalos de confianza respectivos al 95% (LCI:0,81 – LCS: 4,33) para el sexo masculino y de (LCI:0,84 – LCS: 3,505) para el sexo femenino.

**Interpretación:** la razón entre personas con discapacidad grave y muy grave en el sexo masculino en estado de disfuncionalidad y con depresión es 1,87 veces más frecuente en hombres que en mujeres. Esta asociación no representa ser estadísticamente significativa.

**Cuadro 6 APGAR Familiar y Test de HAMILTON con relación al sexo de la persona con discapacidad**

SEXO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD		HAMILTON AGRUPADO				Total	
		DEPRESION		NO DEPRESION		f	%
		f	%	f	%	f	%
HOMBRE	DISFUNCIONAL	(119),	87,5%	(17),	12,5%	(136),	100%
	FUNCIONAL	(41),	78,8%	(11),	21,2%	(52),	100%
	Total	(160),	85,1%	(28),	14,9%	(188),	100%
MUJER	DISFUNCIONAL	(123),	82,6%	(26),	17,4%	(149),	100%
	FUNCIONAL	(44),	73,3%	(16),	26,7%	(60),	100%
	Total	(167),	79,9%	(42),	20,1%	(209),	100%
		(327),	82,3%	(70),	17,6%	(397),	100%

CHI cuadrado	G L	Valor de P	V de Cramer	OR	LI	LS
2,222 / 2,263	1	0,136 / 0,132	,109 / ,104	1,8 / 1,7	0,813 / 0,844	4,33 / 3,50

Fuente: Base de datos Macroproyecto Discapacidades Loja - Ecuador

Elaboración: Dr. José Gerardo Valdivieso

Con relación al sexo como variable interviniente entre el rango de APGAR familiar y HAMILTON agrupado podemos determinar que no existe relación ya que presentan que el valor de p y el Chi cuadrado no son significativos para ninguno de los dos sexos. Y que los porcentajes de mujeres como hombres tienen porcentajes muy similares.

**Cuadro 7 APGAR Familiar y HAMILTON agrupado con relación a rangos de edad con chi cuadrado estratificado para más de dos variables.**

RANGOS DE EDAD	HAMILTON AGRUPADO		Total	
	DEPRESION	NO DEPRESION		
ADOLESCENTE	DISFUNCIONAL	78,2%	21,8%	100,0%
	FUNCIONAL	76,9%	23,1%	100,0%
		77,8%	22,2%	100,0%
ADULTO JOVEN	DISFUNCIONAL	84,7%	15,3%	100,0%
	FUNCIONAL	68,0%	32,0%	100,0%
		79,9%	20,1%	100,0%
ADULTO MEDIO	DISFUNCIONAL	91,4%	8,6%	100,0%
	FUNCIONAL	85,7%	14,3%	100,0%
		89,9%	10,1%	100,0%
ADULTO MAYOR	DISFUNCIONAL	85,4%	14,6%	100,0%
	FUNCIONAL	86,7%	13,3%	100,0%
		85,7%	14,3%	100,0%

Fuente: Base de datos Macroproyecto Discapacidades Loja - Ecuador  
Elaboración: Dr. José Gerardo Valdivieso

**CHI cuadrado  
estratificado**

G L	Valor de P	V de Cramer	OR	LI	LS	
4,106	1	0,043	,107	1,788	1,041	3,071

Fuente: Base de datos Macroproyecto Discapacidades Loja - Ecuador  
Elaboración: Dr. José Gerardo Valdivieso

**Análisis:** X2 estratificado = 4,106; p-valor = 0,043 = 4,3.

**Descripción:** La relación de la variable interviniente grupos etareos entre el rango APGAR familiar y el rango total HAMILTON, tomando en cuenta a los porcentajes de funcionales del 68%, y disfuncionales del 84,7% del adulto joven existe diferencia significativa de porcentajes.

Con una probabilidad de error del (0,043) o del 4,3 (< de 0,05) se indica que entre estas variables existe significancia o dependencia estadística.

El valor de Phi y V de Cramer de 0,107 se determina una baja dependencia entre la edad, depresión y funcionalidad familiar, así mismo la disfuncionalidad familiar desde la perspectiva de razón de ventajas entre estas 3 variables no constituye un factor ni a favor de contra por mantener un valor del valor del OR obtenido fue de 1,788 con los intervalos de confianza respectivos al 95% (LCI: 1,041 – LCS: 3,071)

**Interpretación:** la razón entre personas con discapacidad grave y muy grave de acuerdo a la edad señala en la etapa de adulto joven representa un factor de riesgo para el origen de depresión con un valor de OR de 2,61, es decir que esta etapa de vida constituye un 2,60 veces más riesgo de depresión en relación a los casos de edades distintas.

**Cuadro 8 APGAR Familiar y HAMILTON agrupado con relación a rangos de edad**

RANGOS DE EDAD	HAMILTON AGRUPADO		Total			
	DEPRESION	NO DEPRESION				
	ADOLESCENTE	DISFUNCIONAL		78,2%	21,8%	100,0%
	FUNCIONAL	76,9%	23,1%	100,0%		
		77,8%	22,2%	100,0%		
<b>CHI cuadrado</b>	<b>G L</b>	<b>Valor de P</b>	<b>V de Cramer</b>	<b>OR</b>	<b>LI</b>	<b>LS</b>
0,016	1	0,89	,014	1,075	0,35	3,27
ADULTO JOVEN	DISFUNCIONAL	84,7%	15,3%	100,0%		
	FUNCIONAL	68,0%	32,0%	100,0%		
		79,9%	20,1%	100,0%		
<b>CHI cuadrado</b>	<b>G L</b>	<b>Valor de P</b>	<b>V de Cramer</b>	<b>OR</b>	<b>LI</b>	<b>LS</b>
6,168	1	0,013	,188	2,601	1,20	5,61
ADULTO MEDIO	DISFUNCIONAL	91,4%	8,6%	100,0%		
	FUNCIONAL	85,7%	14,3%	100,0%		
		89,9%	10,1%	100,0%		
<b>CHI cuadrado</b>	<b>G L</b>	<b>Valor de P</b>	<b>V de Cramer</b>	<b>OR</b>	<b>LI</b>	<b>LS</b>
0,544	1	0,461	,083	1,767	0,38	8,142
ADULTO MAYOR	DISFUNCIONAL	85,4%	14,6%	100,0%		
	FUNCIONAL	86,7%	13,3%	100,0%		
		85,7%	14,3%	100,0%		
<b>CHI cuadrado</b>	<b>G L</b>	<b>Valor de P</b>	<b>V de Cramer</b>	<b>OR</b>	<b>LI</b>	<b>LS</b>
0,015	1	0,904	,015	0,901	0,16	4,88

Fuente: Base de datos Macroproyecto Discapacidades Loja - Ecuador  
Elaboración: Dr. José Gerardo Valdivieso

La relación de la variable interviniente grupos etareos entre el rango APGAR familiar y HAMILTON, en el caso de los adultos jóvenes los porcentajes de familias disfuncionales es de 84,7%, que es mucho mayor a las funcionales con el 68% existiendo una diferencia significativa de porcentajes.

En cuanto al grado de asociación entre variables, el cálculo de Chi cuadrado arrojó un valor de 6,168 con 1 grados de libertad y un valor de p 0,188 V de Cramer y OR 2,60 que al estar por arriba de la unidad representa un factor de riesgo de presentar depresión las personas con discapacidades y la disfuncionalidad familiar, y que no existe ninguna asociación significativa en los demás grupos etareos.

## 7. Discusión

En la psicopatología como lo es la depresión de las personas con discapacidades graves y muy graves de la Provincia de Loja durante el año 2016, existe una relación con la disfuncionalidad familiar o con el estado de bienestar de su hogar.

Este estudio caracteriza un perfil epidemiológico de la depresión en personas con discapacidades con el sexo, la edad, estado civil, lugar de residencia, escolaridad, tipo de discapacidad, grado de discapacidad y la situación socioeconómica.

Al analizar las prevalencia de depresión que existen en las personas con discapacidades los hombres con un 85,11% y mujeres un 79,90% lo que nos da un total de la población en estudio de 82,4% la misma que se relaciona con la prevalencia de estudios como el que describe Karla Thompson, Ph.D que se multiplica de 2 a 10 veces más que en personas con enfermedades crónicas o con problemas de discapacidades con una afección de alrededor de 40 a 70%.

Con respecto a la edad se puede afirmar que existe una diferencia significativa en el grupo de adultos mayores con 42,86%, con relación a los demás grupos etarios que oscilan entre el 77,22% al 95,98% respectivamente y que probablemente se debe a que según algunas bibliografías los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas y problemas de discapacidades presentan los más altos índices de depresión durante los primeros 5 años, cabe destacar que sería prudente determinar en otro estudio la sintomatología depresiva que presentan las personas con discapacidades adquiridas en su transcurso de vida que las que ya nacieron con una discapacidad.

En cuanto al área geográfica de residencia sea esta urbana o rural, no existe significancia alguna, ya que en el área urbana se encuentra una prevalencia del 85,04 % y en el área rural 78,53 % pero que si es un factor determinante el acceso a las unidades de salud para las personas con discapacidades del área rural con respecto a la urbana ya que aquí encontramos una mejor infraestructura tanto como vías de acceso, como medidas internacionales como la adaptación de servicios públicos, colocación de barras, ramplas etc.

Las discapacidades graves presenta una prevalencia del 84,26% y muy graves de 81,66% y en que con relación al tipo de discapacidad con prevalencias

psicológicas con 100%, auditivas 87,50%, físicas en un 84,07%, intelectual 78,33% visual 77,78%, psicológico y otras que se les catalogo a las personas que presentaban dos tipos de discapacidades con 66,67% en el presente estudio no existe un nivel significativo entre estas variables, sin embargo Karla Thompson, Ph.D. en su texto guía de depresión y discapacidad nos afirma que el grado de depresión tiene mucho ver con factores y retos que debe asumir la persona con su diario vivir como pueden ser movilidad, la accesibilidad, el aislamiento social y barreras sociales, empleo y la salud lo que si dependería del grado de discapacidad se grave > 50% o muy Grave > 75% según la calificación de baremo utilizado por el MSP.

La disfuncionalidad de las familias de las personas con discapacidades tienen una prevalencia de 84,91% que es alta y que a la vez corrobora la necesidad de mantener la funcionalidad familiar como un factor importante en la protección y a la vez en tratamiento de las personas con discapacidad y depresión, en relación al 75,89% de las familias funcionales pudiendo igualmente determinar un alto porcentaje siendo así mismo la inmersión del núcleo familiar como parte fundamental en el factor socio individual y familiar.

Las personas con trastornos depresivos se deterioran notablemente desde el punto de vista mental, emocional y social; cuando la depresión se acompaña de otro padecimiento ya sea de tipo orgánico como las discapacidades o de carácter social y factores externos e internos que involucra aspectos emocionales, cognitivos, de estilo de vida y de relación con la estructura social. Magill MK, (Garrett RW. Problemas psiquiátricos y conductuales) menciona que, el término depresión tiene una variedad de connotaciones que dependen de varios factores como el estado civil con una prevalencia del 100% de depresión en las personas divorciadas y unión libre, seguido del 95,65% viudas, casados con 93,48%, separados con un 85,71%, y 79,08% de solteros. Con los niveles de escolaridad con respecto a presentar depresión en las personas con discapacidades como las que no tienen escolaridad con una prevalencia del 78,97% y con niveles de escolaridad con el 86,34%.

Con la situación económica si existe una significancia estadística con las personas que tienen una buena condición económica con un 57,14% y los de mala condición económica con un 83,78%, Razón que a mejor situación económica las familias tendrán mejor acceso a sistema de salud privado, es fácil encontrar que muchos aspectos negativos en la parte rural con relación a los servicios de salud ya que no existe el personal calificado para el manejo de estos pacientes como la existencia de insumos y medicación para el tratamiento de los mismos.



Con respecto a la prevalencia que existe de depresión en las personas con discapacidades por Cantones de la provincia de Loja como son Olmedo y Zapotillo presentan la más alta prevalencia del 92,9 %, seguido de Celica con el 91,3%, Catamayo 90,5%, Espíndola 88,5%, Gonzanamá y Chaguarpamba con el 87,5% que son las prevalecias más relevantes.

La depresión en las personas con discapacidad tienen un riesgo de relación de familias disfuncionales; con un valor de OR de 1,7 lo cual lo convierte en un factor de riesgo, con un grado de asociación de phi, V de Cramer de .107 que es considerado como asociación baja y un de chi cuadrado, con una valor de 4.504 con un grado de libertad y un valor de p de 0.034 corrobora la hipótesis planteada por el investigador en cuanto a la depresión en personas con discapacidad y sus familias.

En relación a un estudio realizado en seis centros de salud mental en Santiago de Chile al analizar la asociación de los factores de riesgo familiares con el intento suicida de adolescentes con trastorno depresivo, los análisis no arrojaron asociaciones estadísticamente significativas  $p < 0,05$ . Sin embargo, al efectuar los cálculos con la ideación suicida, se encontraron asociaciones por un lado con la adaptabilidad familiar adolescente ( $r = 0,44$ ;  $p = 0,01$ ) y por otro, con el intento suicida de un familiar ( $r = 0,36$ ;  $p = 0,05$ )

En cuanto al ámbito familiar, no se ha estudiado la relación de su funcionamiento con la depresión de las personas con discapacidades tomando en cuenta factores de riesgo como: dificultades en las relaciones; comunicación conflictiva, bajos niveles de cercanía afectiva, altos niveles de control parental, estructura familiar inestable; historia familiar con depresión, desórdenes psiquiátricos, abuso de sustancias, conducta suicida y conflictos legales del padre, entre otros. Y que lamentablemente no existen estudios internacionales ni locales

En el grupo etario adulto joven existe una marcadas prevalencia de disfuncionalidad familiar del 84,7%, al igual que la literatura internacional concuerda con los mayores porcentajes de presentar depresión en los hombres la padecen más bien a los 18-44 años y las mujeres, a los 45-64 años contrastando los resultados con los del estudio (Leyva-González F).

## 8. Conclusiones

La prevalencia de la depresión en las personas con discapacidades en la provincia de Loja se presentó indistintamente del sexo en un 82,37% sin presentar diferencia alguna contrario a estudios internacionales que habla 2 a 1 en mujeres sobre los hombres.

Las personas con discapacidades tienen altos porcentajes de presentar depresión y a la vez no todas las personas con discapacidades presentan depresión.

Existe una diferencia de prevalencia de depresión entre los adultos mayores y los demás grupos etarios, que generalmente en las personas adultas mayores es mucho más baja ya que a su edad ya han podido sobre llevar su discapacidad con un mayor periodo de tiempo y tomando en cuenta que la literatura refiere que los periodos de mayor depresión en las personas con discapacidades se presentan en los primeros cinco años de vida.

Las personas con discapacidades divorciadas presentaron una prevalencia del 100% de depresión, lo que refieren que la ausencia de pareja aumenta el riesgo de depresión.

La situación económica buena si presento una diferencia de presentar una menor prevalencia de depresión en las personas con discapacidades. Mismo que se refleja con un déficit en la atención pública ya sea por el difícil acceso al servicio o por la falta de insumos médicos, a los cuales sí podrían acceder las personas con una buena situación económica al servicio de salud pagado.

El riesgo por cantones es Catamayo, Zapotillo Celica, y Olmedo con el cuartil 4, Espíndola cuartil 3, mientras que los cantones de Chaguarpamba, Gonzanamá, Macara y Paltas se encuentran en cuartil 2 y finalmente los cantones de Calvas, Loja, Pindal, Saraguro en el cuartil 1 de riesgo esto dependiendo de la población total de cada uno.

La relación de variables de la depresión con la funcionalidad familiar es del 84,9% con 242 casos de 285 diagnosticados de disfuncionalidad.

se presenta mayor depresión y que las familias funcionales disminuye el riesgo de depresión presentado una relación inversamente proporcional entre estas variables.

Existe una mayor prevalencia de personas con discapacidades del grupo etareo adulto joven de presentar depresión y disfuncionalidad familiar con un porcentaje del 84,7% en diferencia con los demás grupos etareos.

## 9. Recomendaciones

- Implantar un apoyo psicológico por parte del personal experto en la materia para así paliar en algo sus alteraciones de índole psicológico y programar continuamente terapias de afrontamiento para así disminuir las secuelas que este problema.
- Esta investigación alcanzó los objetivos previamente planteados por lo que se recomienda para futuras investigaciones proporcionar mayor capacitación y atención a las personas con discapacidad debido a que la gran mayoría carece del conocimiento para poder realizar estas actividades.
- Elaborar proyectos que permitan incrementar el personal tanto técnico como médico para así ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los programas y servicios de atención a personas con discapacidad para evitar las complicaciones.
- Mejorar la sistematización de datos reales de estos grupos vulnerables para que se logren una mayor capacidad de gestión acorde a las realidades de cada paciente que permitan una información veraz clara y objetiva a quienes lo requieran sin exigencias burocráticas, más bien con la transparencia y honestidad.
- Programar continuas capacitaciones en la provincia de Loja que conciencien a las personas a la prevención de factores que puedan afectar la salud tanto de personas con discapacidad como de sus cuidadores, evitando así la proliferación de enfermedades o a la adquisición de algún tipo de discapacidad sobreañadida consecuencia de la negligencia en el cuidado.
- Con el fin de cumplir a cabalidad los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo Para el Buen Vivir, los organismos estatales encargados, deberían involucrar directamente a los gobiernos y autoridades seccionales. En la Provincia de Loja sería importante por ejemplo; que el MIES, y otros, participaran activamente en las actividades de los equipos de atención extramural para que así conseguir que la atención médica continua y las ayudas técnicas y sociales llegue más oportunamente y así mejorar la calidad de vida de este grupo prioritario.

La prevalencia de la depresión en las personas con discapacidades es alta en nuestro medio y es recomendable realizar una detección temprana a través de cuestionarios o test auto-administrados, y así tomar medidas necesarias de prevención y tratamiento con respecto a esta psicopatología.

Los trastornos mentales como la depresión constituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, por lo cual sugerimos realizar tamizajes periódicos para detectar cualquier anomalía futura como el aumento del deterioro físico y mental de las personas con discapacidades.

El realizar estudios complementarios que aporten al análisis de factores de riesgo que permitan establecer la relación que existe entre la depresión y familias funcionales debido que la prevalencia sigue siendo alta.

Las personas con discapacidades que se sienten deprimidas, debe buscarla ayuda de un especialista competente en salud mental. Sin embargo, hay muchas otras cosas que usted puede hacer para ayudar a sentirse menos solo, triste o desanimado. Si usted no cree estar deprimido pero a veces se siente desalentado, estas son algunas cosas que pueden ayudarlo a sentirse mejor y a reducir el riesgo de desarrollar una depresión.

Recomendar que hablen con sus amigos o con su familia acerca de cómo se siente. No es vergonzoso sentirse triste o decepcionado de la vida. Algunas veces el poder contarle a alguien que usted se siente desanimado le puede ayudar a sentirse mejor. Las personas que lo aprecian no podrán ayudarlo si no saben cómo se siente usted. Si usted no puede salir de casa a ver a sus amigos y familia, escríbales una carta o llámelos por teléfono.

La comunicación entre las personas con discapacidades. Muchas veces, las personas sin discapacidades no siempre pueden entender lo que es vivir con una discapacidad, el hablar con alguien que tenga una discapacidad similar puede hacer toda la diferencia del mundo.

Acudir a grupos de apoyo específicos para individuos con discapacidades también puede ser una importante fuente de información acerca de cómo manejar condiciones incapacitantes.

Conviértase en defensor. Si usted piensa causando sentimientos de cólera, desaliento, o que las barreras ambientales o sociales le hacen sentirse mal de sí mismo, busque lo que usted puede hacer para cambiar las cosas.

Crear una Red de Apoyo Familiar para trabajar con grupos locales que aboguen activamente en este campo. Hable con los administradores de negocios que tienen pasillos muy angostos para las sillas de ruedas. Notifique a su médico o al hospital local que necesitan más estacionamientos para personas con discapacidades etc.

## 10. Bibliografía

Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1996). *Global burden of disease* (Vol. 1). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León Díaz, E. M., Marín, C., & Alfonso, J. C. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*, 17(5/6), 353-61.

Egins, S., & Martin, J. R. (2003). El contexto como género: una perspectiva lingüística funciona. *Revista signos*, 36(54), 185-205.

Bernal, C. R. (2013). *Diálogos culturales en la literatura iberoamericana* (2012): Actas del XXXIX CONGRESO DEL IILI (2012). Verbum Editorial.

Casas Idárraga, D. A., Linares Rincón, M. S., Lemos Hoyos, M., & Restrepo Ochoa, D. A. (2011). Depresión y ansiedad en personas con deficiencia auditiva: revisión de literatura. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(28).

Yapko, M. D. (2006). *Hypnosis and treating depression: Advances in clinical practice*. NewYork, NY: Routledge.

Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión*. México: Pax.

Lee, G. R., DeMaris, A., Bavin, S., & Sullivan, R. (2001). Gender differences in the depressive effect of widowhood in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(1), S56-S61.

Sánchez P. *Psicología Clínica*. 1a. ed. México: Editorial el Manual Moderno 2008.

Antuña De la Paz, G. (2015). *El cuidado informal a las personas mayores desde una perspectiva de género: revisión sistemática*.

Pérez, M. J. C., & Benaiges, E. A. (2015) *en depresión*.

Moríñigo, A., González, S., & Labrador, J. (2004). *Depresión geriátrica*. Gilaberte I (editora). *Nuevas perspectivas en depresión*. Madrid: Aula Médica.

Gras, R. M. L., & Hernández, R. M. P. (2004). Mujer y salud: Trauma y cronificación en madres de discapacitados. *Anales de psicología*, 20(1)

Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1), S4-S11.

Garza Elizondo Teófilo Dr. Trabajo con Familias. Primera edición. 1997 Universidad Autónoma de Nuevo León. pp. 89-97 y 153-161.

RollandJhon S. Familias, Enfermedad y Discapacidad. Gedisa. Barcelona. Julio 2000. pp. 95-110.

Sánchez Ortega Amparo Lic. Las Nuevas Tecnologías en el Entorno Familiar de las Personas con Discapacidad. PROLAM .2000.

Corzo Coello S. M. T. Determinantes Sociales en la Cohesión y Adaptabilidad Familiar. *Atención Primaria*. Vol.21 (5) pp. 275-282. Marzo 1998.

Kathleen A. Ph.D. How Families Manage Chronic Conditions: An Analysis of the concept of Normalization, *Research in Nursing Health* 1986 vol. 9 pp. 215- 222.

Abberley, P. (1987). The Concept of Oppression and the Development of a Social Theory of Disability. *Disability, Handicap & Society*, 2(1), 5–19. <http://doi.org/10.1080/02674648766780021>

Ágreda, M. L. A. (2009). Evolución de la conceptualización de la discapacidad y de las condiciones de vida proyectadas para las personas en esta situación.

Aguilar-Navarro, S. G. (2009). Calidad de Vida y Funcionalidad en la depresión. *SEMERGEN*, 35, 50–56.

Asamblea Constituyente. (2008). Constitución Política del Ecuador.

National Mental Health Association (NMHA) Center (Asociación Nacional de Salud Mental), 2001 N. Beauregard St., 12th Floor Alexandria, VA 22311. (800) 969-6642 / TTY (800) 433-5959 [www.nmha.org](http://www.nmha.org)

National Foundation for Depressive Illness, Inc. (NFDI) (Fundación Nacional para Enfermedades Depresivas, Inc.). P.O. Box 2257, New York, NY 10116-2257 (800) 239-1265 [www.depression.org](http://www.depression.org)



National Depressive and Manic Depressive Association (Asociación Nacional de Depresión y Maniaco-depresión), 730 North Franklin Street, Suite 501. Chicago, IL 60610 (800) 826-3632. [www.ndmda.org](http://www.ndmda.org)

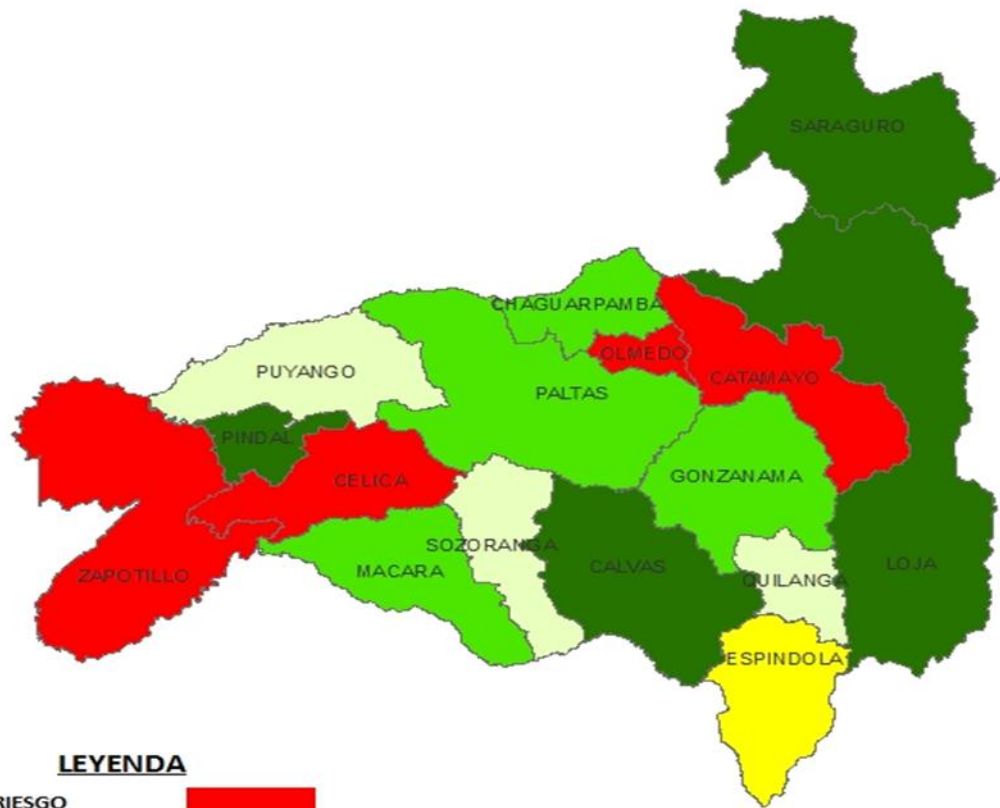
National Institute of Mental Health Information Center. (Centro de Información del Nacional de Salud Mental) (866) 615-6464 [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)





Nº	Indicador	Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin	Estado	Asignado a
31	100%	4.5 Revisión e implementación de conexiones	20 días	jun 05/02/17	jun 01/02/17	2 10.00	07/02/17 (10.00)
32	100%	4.6 Sustentación y defensa de la tesis	3 días	jun 01/02/17	jun 04/02/17	3 40.00	07/02/17 (40.00)
33	100%	4.7 Publicación de la tesis	1 día	mar 07/02/17	mar 07/02/17	1 10.00	07/02/17 (10.00)
34	100%	4.8 Revisión, aprobación y comunicación de la tesis	3 días	mar 07/02/17	mar 07/02/17	3 30.00	07/02/17 (30.00)

# MAPA DE DEPRESIÓN EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA PROVINCIA DE LOJA



## LEYENDA

ALTO RIESGO	
RIESGO	
NORMAL	
NORMAL	

ELABORADO POR: Ing. José Eduardo González Estrella M.Sc.  
DOCENTE ASESOR DE INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN EMFYC, 2016

Lic. Pedro Alberto Fiallo Alonso del Rivero  
DOCENTE-TRADUCTOR DE  
FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA

**CERTIFICA:**

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen "DEPRESIÓN EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR LOJA 2016" autoría del Dr. José Gerardo Valdivieso Hidalgo Mg. Sc. con número de cédula 1102943568.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 30 de Enero de 2017

Lic. Pedro A. Fiallo  
Alonso del Rivero  
PERITO-TRADUCTOR  
RUC: 0151317765001



Lic. Pedro Alberto Fiallo Alonso del Rivero  
DOCENTE-TRADUCTOR DE  
FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA

*Líderes en la Enseñanza del Inglés*

## Presupuesto y financiamiento

Informe presupuestario el mar 26/04/16  
CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO

Id	Nombre de tarea	Costo fijo	Acumulación de costos fijos	Costo total	Previsto	Variación
20	Recolección de información por e	\$ 0,00	Prorratio	\$ 4.623,25	\$ 0,00	\$ 4.623,25
2	Selección y redacción de tema de	\$ 0,00	Prorratio	\$ 2.020,80	\$ 0,00	\$ 2.020,80
12	Aplicación de la prueba piloto	\$ 0,00	Prorratio	\$ 439,75	\$ 0,00	\$ 439,75
27	Elaboración del informe final	\$ 0,00	Prorratio	\$ 54,00	\$ 0,00	\$ 54,00
21	Sistematización de la informaci	\$ 0,00	Prorratio	\$ 40,00	\$ 0,00	\$ 40,00
32	Sustentación y defensa de la tesis	\$ 0,00	Prorratio	\$ 40,00	\$ 0,00	\$ 40,00
13	Tabulación e interpretación de re	\$ 0,00	Prorratio	\$ 38,00	\$ 0,00	\$ 38,00
9	Sustentación y aprobación del an	\$ 0,00	Prorratio	\$ 36,60	\$ 0,00	\$ 36,60
22	Tabulación de datos	\$ 0,00	Prorratio	\$ 30,00	\$ 0,00	\$ 30,00
29	Socialización del informe final	\$ 0,00	Prorratio	\$ 30,00	\$ 0,00	\$ 30,00
10	Presentación de proyecto	\$ 0,00	Prorratio	\$ 29,50	\$ 0,00	\$ 29,50
7	Revisión bibliográfica (marco teó	\$ 0,00	Prorratio	\$ 20,00	\$ 0,00	\$ 20,00
14	Confiabilidad del instrumento	\$ 0,00	Prorratio	\$ 20,00	\$ 0,00	\$ 20,00
17	Aleatorización del muestreo por r	\$ 0,00	Prorratio	\$ 20,00	\$ 0,00	\$ 20,00
30	Elaboración de artículo científico	\$ 0,00	Prorratio	\$ 20,00	\$ 0,00	\$ 20,00
34	Redacción, aprobación y comunic	\$ 0,00	Prorratio	\$ 20,00	\$ 0,00	\$ 20,00
3	Formulación de proyecto de inve	\$ 0,00	Prorratio	\$ 10,00	\$ 0,00	\$ 10,00
5	Planteamiento del tema de invest	\$ 0,00	Prorratio	\$ 10,00	\$ 0,00	\$ 10,00
15	Validación del constructo	\$ 0,00	Prorratio	\$ 10,00	\$ 0,00	\$ 10,00
16	Elaboración de la hoja de ruta	\$ 0,00	Prorratio	\$ 10,00	\$ 0,00	\$ 10,00
18	Análisis y ajuste de la hoja de ruta	\$ 0,00	Prorratio	\$ 10,00	\$ 0,00	\$ 10,00
23	Ingreso de datos al SPSS	\$ 0,00	Prorratio	\$ 10,00	\$ 0,00	\$ 10,00
24	Análisis e interpretación de result	\$ 0,00	Prorratio	\$ 10,00	\$ 0,00	\$ 10,00
25	Análisis de datos	\$ 0,00	Prorratio	\$ 10,00	\$ 0,00	\$ 10,00
28	Elaboración de conclusiones y rec	\$ 0,00	Prorratio	\$ 10,00	\$ 0,00	\$ 10,00
31	Revisión e implementación de co	\$ 0,00	Prorratio	\$ 10,00	\$ 0,00	\$ 10,00
33	Publicación de la tesis	\$ 0,00	Prorratio	\$ 10,00	\$ 0,00	\$ 10,00
8	Elaboración de instrumentos de l	\$ 0,00	Prorratio	\$ 7,40	\$ 0,00	\$ 7,40
4	Esquema del proyecto de investig	\$ 0,00	Prorratio	\$ 6,60	\$ 0,00	\$ 6,60
6	Elaboración de objetivos e hipóte	\$ 0,00	Prorratio	\$ 5,00	\$ 0,00	\$ 5,00
		\$ 0,00		\$ 7.610,90	\$ 0,00	\$ 7.610,90

**ANEXO 1**

**Test de Apgar Familiar.**

**Instrucciones.**

A continuación encontrará una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Marque con una (X) la respuesta según sea el criterio más cercano a lo que vive diariamente.

Código de la persona entrevistada: \_\_\_\_\_ edad: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_

Residencia: \_\_\_\_\_  
(cantón/parroquia)

**Cuestionario Apgar Familiar**

	<b>Casi siempre</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi nunca</b>
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			

Total

Observaciones: \_\_\_\_\_

De acuerdo a este test se clasifica a las familias en una de tres categorías de funcionalidad familiar:

Familias altamente funcionales : 7 a 10 puntos

Familias moderadamente funcionales: 4 a 6 puntos

Familias severamente disfuncionales: 0 a 3 puntos



**ANEXO 2**

**CÓDIGO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** hombre    mujer    **Tipo de discapacidad** \_\_\_\_\_ **%** \_\_\_\_\_

<b>Sentimiento de culpa :</b>	
no evidente	0
dudoso al momento de la evaluación (cree ser una carga para su familia y para sus compañeros de trabajo)	1
sentimientos de culpa o cavilaciones sobre faltas anteriores	2
la enfermedad la percibe como castigo	3
el sentimiento de culpa se convierte en delusivo	4

<b>Ideación:</b>	
no evidente	0
la vida no vale la pena ser vivida pero no expresa deseo de morir	1
ideas de muerte no estructuradas	2
ideas suicidas	3
intento de suicidio	4

<b>Insomnio inicial:</b>	
ausente	0
trastornos ocasionales (más de media hora)	1
trastornos constantes	2

<b>Insomnio medio:</b>	
ausente	0
Sueño interrumpido	1
Despertar nocturno	2

<b>Insomnio tardío:</b>	
0 ausente	0
Despertar muy temprano pero con capacidad de dormir	1
Despertar muy temprano sin poder conciliar el sueño	2

<b>Trabajo y actividades de la vida diaria:</b>	
sin ninguna influencia	0
se siente incapaz y decaído	1
deficiente interés en las actividades cotidianas y reducción de su capacidad de trabajo	2
incapacidad para realizar su trabajo o actividad de la vida diaria	3
incapacidad permanente	4

<b>Entecimiento psicomotor:</b>	
no evidenciable	0
leve reducción del ritmo de la conversación y del movimiento	1
movimientos discretos de las extremidades	2
inquietud motora	3
agitación motriz	4

<b>Ansiedad psíquica:</b>	
no evidente	0
discreta irritabilidad	1
ansioso, irritable, aprehensivo	2
episodios de pánico	3
ansiedad severa que interfiere las funciones de la vida diaria	4

<b>Ansiedad psíquica:</b>	
no evidente	0
discreta irritabilidad	1
ansioso, irritable, aprehensivo	2
episodios de pánico	3
ansiedad severa que interfiere las funciones de la vida diaria	4

<b>Ansiedad somática (sudoración, temblores, meteorismo, cólicos, palpitaciones, cefalea):</b>	
no evidente	0
ocasionalmente	1
episodios que no interfieren con la vida diaria del paciente	2
son molestos, que interfieren con la vida diaria del paciente	3
numerosos, persistentes e incapacitantes	4

<b>Síntomas somáticos gastrointestinales (falta de apetito, estreñimiento, cólicos):</b>	
no evidente	0
falta de apetito	1
tiene que ser estimulado para comer	2

<b>Síntomas somáticos generales (fatiga, agotamiento y pérdida de peso):</b>	
no evidente	0
molestias vagas	1
molestias evidentes	2

<b>Desinterés por el sexo: #</b>	
sin variación	0
leve reducción del interés	1
pérdidas clara del impulso sexual	2

<b>Hipocondría:</b>	
no evidente	0
1 ligera preocupación por la salud	1
2 considerablemente preocupado por su salud	2
3 está convencido que padece una enfermedad física que explica los síntomas	3
4 delusiones somáticas	4

<b>Impresión propia sobre la enfermedad:</b>	
el paciente se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
admite estar enfermo, pero lo atribuye a la alimentación, al clima, al exceso de trabajo, etc. (circunstancias ajenas a la enfermedad)	1
niega totalmente estar enfermo	2

<b>Humor depresivo: (Sentimientos de tristeza, abatimiento, desvalorización y desesperanza)</b>	
no evidente	0
solo exteriorizado al preguntar	1
exteriorizado espontáneamente	2
claros signos depresivos (expresión facial, voz, postura corporal, lagrimas)	3
la entrevista está dominada por comentarios acerca de abatimiento y desesperanza	4

DIAGNOSTICO	TOTAL
NO DEPRESION	0 - 7
DEPRESION MENOR	8 - 15
DEPRESION	16 O MÁS

**ANEXO 3**

**Universidad Nacional de Loja  
Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria**

Ficha técnica personal (Hoja de recolección de datos)

Código de la persona con discapacidad: .....

Fecha de nacimiento:.....Edad:.....

Tipo de discapacidad: ..... Porcentaje:.....

Cantón..... Parroquia.....

Teléfono para contactar.....

1. Sexo: a. hombre b. mujer

2. Estado civil actual es:

a. Soltero b. Casado c. divorciado d. separado e. Viudo f. unión libre.

3. Grado de escolaridad de la persona con discapacidad es:

a. Sin escolaridad b. Primaria c. Secundaria d. Universitaria

4. Número de personas que viven en la casa.....

5. Recibe algún tipo de ayuda económica por parte del estado.

a. SI b. NO

## ANEXO 4

### Encuesta de estratificación socio-económica.

#### 1. Características de la vivienda.

Puntaje  
final

##### 1.1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?

Suite de lujo	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	59
Departamento en casa o edificio	59
Casa/Villa	59
Mediagua	40
Rancho	4
Choza/ Covacha/Otro	0

##### 1.2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:

Hormigón	59
Ladrillo o bloque	55
Adobe/ Tapia	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	17
Caña no revestida/ Otros materiales	0

##### 1.3 El material predominante del piso de la vivienda es de:

Duela, parquet, tablón o piso flotante	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	46
Ladrillo o cemento	34
Tabla sin tratar	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	0

##### 1.4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?

No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	32

##### 1.5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:

No tiene	0
Letrina	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	18
Conectado a pozo ciego	18
Conectado a pozo séptico	22
Conectado a red pública de alcantarillado	38

#### 2. Acceso a la tecnología.

##### 2.1. ¿Tiene este hogar servicio de internet?

No	0
Sí	45

##### 2.2 ¿Tiene computadora de escritorio?

No	0
Sí	35

##### 2.3. ¿Tiene computador portátil?

No	0
Sí	39

##### 2.4. ¿Cuántos celulares activados tienen en el hogar?

No tiene celular nadie en el hogar	0
Tiene 1 celular	8
Tienen 2 celulares	22
Tienen 3 celulares	32
Tienen 4 celulares	42

#### 3. Posesión de bienes.

##### 3.1. ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?

No	0
Sí	19

##### 3.2. ¿Tiene cocina con horno?

No	0
----	---

Sí	29
<b>3.3. ¿Tiene refrigeradora?</b>	
No	0
Sí	30
<b>3.4. ¿Tiene lavadora?</b>	
No	0
Sí	18
<b>3.5. ¿Tiene equipo de sonido?</b>	
No	0
Sí	18
<b>3.6. ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?</b>	
No tiene TV a color en el hogar	0
Tiene 1 Tv a color	9
Tiene 2 Tv a color	23
Tienen 3 o más TV a color	34
<b>3.5. ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?</b>	
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	
Tiene 1 vehículo exclusivo	
Tiene 2 vehículos exclusivos	
Tienen 3 o más vehículos exclusivos	
<hr/>	
<b>4. Hábitos de consumo.</b>	
<hr/>	
<b>4.1. ¿Alguien en el hogar compra vestimentas en centros comerciales?</b>	
No	0
Sí	6
<b>4.2. ¿En el hogar alguien ha utilizado internet en los 6 últimos meses?</b>	
No	0
Sí	26
<b>4.3. ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?</b>	
No	0
Sí	27
<b>4.4. ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?</b>	
No	0
Sí	28
<b>4.5. Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien en el hogar ha leído algún libro completo en los últimos tres meses?</b>	
No	0
Sí	12
<hr/>	
<b>5. Nivel de educación.</b>	
<hr/>	
<b>5.1. ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?</b>	
Sin estudios	0
Primaria incompleta	21
Primaria completa	39
Secundaria incompleta	41
Secundaria completa	65
Hasta 3 años de educación superior	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	127
Post grado	171
<hr/>	
<b>6. Actividad económica del hogar.</b>	
<hr/>	
<b>6.1. ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?</b>	
No	0
Sí	39
<b>6.2. ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?</b>	
No	0
Sí	55
<b>6.3. ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?</b>	

Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	76
Profesionales científicos e intelectuales	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	46
Empleados de oficina	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	17
Oficiales operarios y artesanos	17
Operadores de instalaciones y máquinas	17
Trabajadores no calificados	0
Fuerzas Armadas	54
Desocupados	14
Inactivos	17

Según la suma de puntaje final (Umbrales),  
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

<b>Grupos socioeconómicos</b>	<b>Umbrales</b>
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos

**Puntaje final**



## ANEXO 5

### Consentimiento informado.

***Título de la investigación: Problemática de la discapacidad en la Provincia de Loja.***

Nombre del participante.....

### Propósito del proyecto.

Los médicos Esther Paola Conde Minga, Karina Alexandra Cuadrado Martínez, Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, José Gerardo Valdivieso Hidalgo y Zairena Yosela Verdugo Tinitana, estudiantes de tercer año de la Especialización de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Loja. Nos encontramos realizando la presente investigación con la intención de conocer la problemática de la discapacidad en la provincia de Loja, para alcanzar mayores conocimientos sobre el estado de bienestar de las personas con discapacidad y su entorno familiar, y además de obtener nuestro título de especialista.

### ¿Qué se hará?

Usted forma parte de un grupo de personas con discapacidad. Su participación en la investigación es la siguiente: colaborar con los datos generales suyos y de la persona a la que usted cuida.

### Riesgos

Los riesgos a los que usted pudiera estar expuesto a la hora de participar en el estudio son mínimos por ejemplo, pudiera sentirse incómodo o ansioso por las respuestas que tenga que dar a la hora de contestar los cuestionarios.

### Beneficios

Será conocido su caso y el de su familiar por parte del equipo investigador sino es así se reportara el mismo al departamento de discapacidad del distrito para que reciba el control médico adecuado y otros beneficios actuales

### Consentimiento

He leído o se me ha leído, y además he comprendido, toda la información descrita en este formulario, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer

preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

---

Nombre, cédula y firma del cuidador (niños mayores de 12 años y adultos) / fecha.

---

Nombre, cédula y firma del testigo / fecha.

## ANEXO 6

### Operacionalización de variables.

DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
<p>Síndrome del cuidador</p> <p>La tensión existente en los aspectos emocionales, físicos, sociales y económicos de la vida del cuidador, producto de su actividad.</p>	Impacto de cuidado	2, 3, 10, 11 y 12. cuestiones relacionadas con los efectos que la prestación de cuidados a un familiar tiene para el cuidador.	<p>Ausencia del síndrome del cuidador: puntaje menor de 47 en la escala de Zarit</p> <p>Presencia del síndrome: puntaje mayor de 47 puntos en la escala Zarit</p>
	Relación interpersonal	5, 6, 9, 13 y 19. Hace referencia a aquellas emociones o sentimientos que aparecen en la relación que el cuidador mantiene con la persona a la que cuida: agobio, vergüenza, enfado, tensión, incomodidad e indecisión hacia su familiar y su cuidado.	
	Expectativas de autoeficacia	20 y 21. Reflejan las creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familiar.	
<p>Funcionalidad Familiar</p> <p>Mayor o menor posibilidad de adaptación, participación, crecimiento, afectividad y capacidad para resolver problemas dentro del hogar</p>	Adaptación	Capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua	<p>Buena función familiar</p> <p>Disfunción familiar leve, (7-10 puntos)</p> <p>Disfunción familiar moderada, (4-6 puntos)</p> <p>Disfunción familiar severa.(0-3 puntos)</p>
	Participación	Distribución de responsabilidades entre los familiares.	
	Crecimiento	Logro de la madurez emocional y física de la autorrealización.	
	Afecto	Relación del cuidado y amor entre los miembros de la familia.	
	resolución	Capacidad de resolver los problemas del grupo familiar.	
<p>Discapacidad</p> <p>Es cualquier restricción o impedimento para la realización de una</p>	Porcentaje y tipo de discapacidad que la persona tenga como diagnostico		<p>Discapacidad grave (50-70%)</p> <p>Discapacidad muy grave (igual o</p>

<p>actividad, ocasionada por una deficiencia dentro del ámbito considerado normal para el ser humano.</p>		Carnet de discapacidad	<p>mayor al 75% y mayor del 65% en intelectuales y psicológicas)</p>
<p>Sexo</p> <p>Características físicas y Psicológicas, que diferencian a la mujer del hombre.</p>	<p>Número de hombres y mujeres con discapacidad grave y muy grave</p>	Identificación en la cédula de identidad	<p>Masculino</p> <p>Femenino</p>
<p>Ciclo de vida</p> <p>Son las características biológicas, psicológicas en su entorno social que caracterizan a determinadas etapas de la vida de la persona.</p>	<p>Biológica</p>	<p>Ciclo de vida</p>	<p>Adolescente (10 a 19 años )</p> <p>Adulto(20 a 64 años )</p> <p>Adulto mayor( 65 años o más)</p>
<p>Residencia</p> <p>Lugar en el que la persona vive usualmente siempre y cuando viva más de 3 meses en el cantón seleccionado para el estudio.</p>	<p>Ubicación geográfica</p>	<p>Formulario de recolección de datos</p>	<p>Urbano</p> <p>Rural</p>
<p>Nivel socio-económico</p> <p>Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y posición económica y social, individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo</p>	<p>Características de la vivienda</p> <p>Acceso a la tecnología</p> <p>Posesión de bienes</p> <p>Hábito de consumo</p> <p>Nivel de educación</p> <p>Actividad económica del</p>	<p>Encuesta socioeconómica del INEC 2010</p>	<p>A alto (845,1 a 1000)</p> <p>B medio alto (696,1 a 845)</p> <p>C+ medio típico (535,1 a 698)</p> <p>C- medio bajo (316,1 a 535)</p>

	hogar		D bajo (0 a 316)
Relación filial y cuidado. estado de acoplamiento entre el cuidador y el paciente, y su relación con el tiempo en su labor	parentesco con el paciente	relación filial entre el cuidador y el paciente	en número y porcentaje.
	tiempo de cuidado	cronología en años a cargo del paciente como su cuidador	
	horas de cuidado	Cantidad de horas al día que dedica a la labor de cuidador.	

**ANEXO 7 Hoja de ruta *proyecto discapacidad primera fase***

CANTON	m	PARROQUIAS	FECHAS	LLEGADA	HORA SALIDA	HORAS DE VIAJE	OBSERVACIÓN
CHAGUARPAMBA	8	STA RUFINA	16/05/2016	8:00	10:00	2 HORAS 30 MIN	30 MINREUNION PARA PLANIFICACION DEL RECORRIDO
OLMEDO	7	OLMEDO	16/05/2016	12:30	16:00	1 HORA	BRIGADAS EN DOS GRUPOS: UNO EN OLMEDO OTRO EN LA TINGUE 1 HORA DE ALMUERZO
	7	LA TINGUE	16/05/2016	12:30	16:00		
PALTAS	1 1	CATACOCCHA	16/05/2016	17:00	-	-	PERNOCTACIÓN
			17/05/2016	08:00	11:00	1 HORA	TODOS LOS POSGRADISTAS 30 MINUTOS PLANIFICACION DE RECORRIDO
	8	CANGONAMA	17/05/2016	12:00	15:00	2 HORAS	TODOS LOS POSGRADISTAS HORA DE ALMUERZO
	9	LAURO GUERRERO	17/05/2016	17:00	20:00	2 HORAS	BRIGADAS EN DOS GRUPOS UNO A CANGONAMA Y OTRO LAURO GUERRERO Y CASANGA
	8	CASANGA	17/05/2016	16:30	19:30		
		8	CATACOCCHA	17/05/2016	21:00	-	-
18/05/2016	-			8:00	2 HORAS		
CELICA	7	CELICA	18/05/2015	10:00	12:30	2 HORA	TODOS LOS POSGRADISTAS EN CELICA 1 HORA DE ALMUERZO
	8	POZUL	18/05/2016	14:00	17:00		DOS GRUPOS UNO EN POZUL Y OTRO EN CRUZPAMABA
	8	CRUZPAMBA	18/05/2016	14:30	17:30	2 HORAS	
PINDAL	7	PINDAL	18/05/2016	19:30	21:00	1 H 30 MIN	TRABAJO DE TODOS LOS POSGRADISTAS
ZAPOTILLO	7	ZAPOTILLO	18/05/2016	22:00	-	-	PERNOCTACIÓN
			19/05/2016	08:00	09:30	30 MIN	TRABAJO DE TODOS LOS POSGRADISTAS

PRIMERA FASE MAYO 2016

	7	GARZA REAL	19/05/2016	10:00	12:30	1 HORA	TODOS LOS POSGRADISTAS CON 1 HORA DE ALMUERZO
MACARA	13	MACARA CENTRO	19/05/2016	13:30	17:00		TODOS LOS POSGRADISTAS PERNOCTACIÓN Y UNA HORA DE ENCUADRE DE RUTAS
			20/05/2016	-	08:00	2 HORAS 30 MIN	
CALVAS	53	CARIAMANGA CENTRO	20/05/2016	10:30	18:30	2 HORAS	TODOS LOS POSGRADISTAS
		LOJA	20/05/2016	20:30	-	-	RETORNO A LOJA
		CARIAMANGA CENTRO	23/05/2016	08:00	17:00	2 HORAS	TODOS LOS POSGRADISTAS CON UNA HORA DE ALMUERZO
ESPINDOLA	10	AMALUZA	23/05/2016	19:00	-	-	PERNOCTACIÓN
			24/05/2016	08:00	10:00	1 HORAS	TRABAJO DE TODOS LOS POSGRADISTAS/ CONSOLIDACION PRIMERA DE INFORMACIÓN PERNOCTACIÓN
	8	JIMBURA	24/05/2016	11:00	14:00	2 HORA	TRABAJO DE TODOS LOS POSGRADISTAS CON UNA HORA DE ALMUERZO
	8	27 DE ABRIL	24/05/2016	16:00	18:00		TRABAJO DE TODOS LOS POSGRADISTAS PERNOCTACION
			25/05/2016	-	08:00	3 HORAS	
GONZANAMA	9	CHANGAIMIN A	25/05/2016	11:00	14:00		TRABAJO DE TODOS LOS POSGRADISTAS MAS UNA HORA DE ALMUERZO Y PERNOCTACION
			26/05/2016	-	08:00	3 HORAS	
GONZANAMA	7	SACAPALCA	26/05/2016	11:00	14:00	3 HORAS	TRABAJO DE TODOS LOS POSGRADISTAS / RETORNO A LOJA Y UNA HORA DE ALMUERZO
		LOJA	26/05/2016	17:00			PERNOCTACION
		LOJA	27/05/2016	08:00	-	-	<b>CONSOLIDACION DE LA INFORMACION Y CULMINACIÓN PRIMERA FASE</b>

## Hoja de ruta proyecto discapacidad segunda fase

CANTON	m	PARROQUIAS	FECHAS	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORAS DE VIAJE	OBSERVACION
CATAMAYO	8	EL TAMBO	04/07/2016	9:00	11:00	30 MIN	TRABAJO DE TODOS LOS POSGRADISTAS
	55	CATAMAYO	04/07/2016	11:30	20:30	30 MIN	TRABAJO DE TODOS LOS POSGRADISTAS UNA HORA DE ALMUERZO Y PECNOCTACION
			05/07/2016	07:00	15:00	1 HORA	TODOS LOS POSTGRADISTAS UNA HORA DE ALMUERZO
LOJA	6	MALACATOS	05/07/2016	17:45	17:30	15 MIN	TRABAJO DE TODOS LOS POSGRADISTAS
	9	VILCABAMBA	05/07/2016	10:00	19:45	1 HORA	TRABAJO DE TODOS LOS POSGRADISTAS
			06/05/2016	-	07:00	30 MIN	
	9	QUINARA	06/07/2016	07:30	09:30	1HORA 30 MINUTOS	TRABAJO DE TODOS LOS POSGRADISTAS
SARAGURO	7	YULLUG	06/07/2016	13:30	16:30	3 HORAS	TRABAJO DE TODOS LOS POSGRADISTAS UNA HORA DE ALMUERZO
	7	SARAGURO	06/07/2016	19:30	07:00	1 HORA	PERNOCTACION
			07/07/2016	07:00	09:00	1 HORA	TRABAJO DE TODOS LOS POSTGRADISTAS
	7	LLUZHAPA	07/07/2016	10:00	13:00	2 HORAS	TRABAJO DE TODOS LOS POSGRADISTAS UNA HORA DE ALMUERZO
		SAN LUCAS	07/07/2016	14:00	15:30	1 HORA	TRABAJO DE TODOS LOS POSRGRADISTAS
	7	TAQUIL	07/07/2016	16:30	17:30	30 MIN	TRABAJO DE TODOS LOS POSRGRADISTAS
	7	GUALEL	07/07/2016	18:00	19:00	1 HORA 30 MIN	RETORNO A LOJA
	53	LOJA	07/07/2016	20:30	-	-	PERNOCTACION
			08/07/2016	07:00	19:00		TRABAJO DE TODOS LOS POSTGRADISTAS EN LOJA
			09/07/2016	08:00	12:00		TRABAJO DE TODOS LOS POSTGRADISTAS EN LOJA CONSOLIDACION DE LA INFORMACION <b>FIN DE LA 2DA FASE</b>

SEGUNDA FASE



## Proyecto de Investigación

### 1. Tema

Depresión en personas con discapacidad y su relación con la funcionalidad familiar. Loja, 2016.

### 2. Problemática

Hoy en día en cualquier nivel de comunicación sea académica o social se indica que la depresión como la mayoría de las enfermedades es el resultado de la interacción entre factores biológicos heredados del desarrollo y del contexto que interactúan con las características individuales, por ende su estudio requiere de múltiples aproximaciones. Sin dejar de reconocer la importancia de analizar los avances en el campo de las neurociencias y la genética que han proporcionado bases para corregir la división mente-cuerpo que constituyó una barrera para entender la relación entre cerebro, pensamiento, emoción y conducta. Es así que el síndrome depresivo contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21,4 % es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad, afecta más a la mujer que al hombre, en el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90 % en muchos países) no recibe estos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitado, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea en países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales a su vez la depresión acoplada a la discapacidad es un problema de salud bastante frecuente dentro de este grupo vulnerable de personas, en Ecuador la misión solidaria Manuela Espejo identificó en todo el país 294,611 personas con discapacidad Cotopaxi y Loja ocupan el primero y segundo lugar respectivamente, en el 2013 el número de personas con discapacidad se incrementó a 361,487, de los cuales 201,946 son hombres y 159,541 son mujeres siendo la provincia del Guayas y Pichincha en el primer y segundo lugar respectivamente. En la provincia de Loja existen 13,053 personas con discapacidad que representa un 3,61 % con respecto a las demás provincias del Ecuador. Algo importante es que determino las causas de discapacidad: por enfermedad adquirida, de origen genético/congénito, por accidentes de tránsito, entre otros. En la provincia de Loja la

discapacidad física ocupa el primer lugar con 5,026 casos seguido de discapacidades sensoriales 3,209 casos, discapacidad intelectual 4,198 casos, y psicológica 620 casos. (Torres, 2013). Ante esta grave problemática la asamblea constituyente del 2008 crea en la Sección sexta Personas con discapacidad en los artículos 47, 48 y 49 indica que el estado garantizará políticas de salud, prevención, cuidado e integración social de las personas con discapacidad y sus familias

Por esta razón y detectando la existencia de esta grave problemática y la importancia de obtener datos reales de este problema de Salud en Loja y verificando que hasta el momento no existe algún trabajo que indique estrategias o medidas de sostén y tratamiento para manejar esta problemática ni tampoco estudios que indiquen si hay o no afectación de la funcionalidad familiar en los hogares con personas que presentan discapacidades físicas graves y muy graves.

### **3. Justificación**

En el presente estudio investigativo reflejamos una de las temáticas de gran importancia y relevancia por los problemas que conlleva a las personas con discapacidades las mismas que están inmiscuidas dentro del vínculo familiar y es fundamentado en determinar el impacto del síndrome depresivo en personas con discapacidad grave y muy grave en relación con la funcionalidad familiar en la provincia de Loja. Tenemos que la relación entre la discapacidad y la depresión ha sido un tema que ha recibido poca atención en la investigación científica esto se refleja en la escasa o nula literatura que puede hallarse en el medio académico por ello es necesario considerar las implicaciones emocionales afectivas y sociales que vienen ligadas a la discapacidad puesto que las situaciones de aislamiento, comunicación y las dificultades a las que esta población se enfrenta en su cotidianidad pueden repercutir negativamente en el proceso de integración y relación social.

Las familias y las personas con discapacidades que sufren enfermedades crónicas pueden incrementar el riesgo de desarrollar problemas de salud mental de 2 a 10 veces mayor que a la vez repercutirán en su funcionalidad familiar presentando crisis paranormativas que se manifestaran de forma negativa en cada uno de los miembros de la familia, situaciones que se presentaran como la presencia del Síndrome Depresivo y con la alteración de la Salud Mental del núcleo familiar.

La depresión no sólo se concibe como enfermedad que afecta el área emocional y al cuerpo sino que también se la consideran como trastorno que altera el estado de ánimo haciendo que la persona genere un sin número de pensamientos que ponen en riesgo su salud psíquica. Cuando este trastorno se presenta en un contexto donde prevalece la discapacidad física o lo que vendrá siendo una crisis paranormativa genera estragos en todo su entorno familiar y funcional connota discriminación, carga emocional y social que al articularse con la depresión impactará negativamente en la salud emocional pues como parte de la familia deberán brindarle a la persona con discapacidad física una educación y cuidados pertinentes para su estabilidad física como emocional.

En todo lo expuesto, esta investigación se centra en estudiar la presencia del síndrome depresivo en personas con discapacidad grave y muy grave y la repercusión en la funcionalidad Familiar ya que son un tipo de población particularmente susceptible a problemas sociales y emocionales, asociados directa o indirectamente con la experiencia de su discapacidad, basándome en lo expuesto justifico como pertinente la realización del presente estudio ya que el mismo me permitirá determinar datos reales y realidades propias en este grupo de estudio y a su vez poder determinar recomendaciones para el manejo integral no solo de la persona con discapacidad física sino también de la funcionalidad de su familia.

#### Hipótesis Nula

El Síndrome Depresivo de las personas con discapacidad grave y muy grave no está relacionado con la funcionalidad familiar en la Provincia de Loja.

#### Hipótesis Alterna 1

El Síndrome Depresivo de las personas con discapacidad grave y muy grave está relacionado con la funcionalidad familiar en la Provincia de Loja.

#### Objetivos de la investigación

##### Objetivo general

Determinar el Síndrome Depresivo en las personas con discapacidad grave y muy grave y su Relación con la Funcionalidad Familiar en la provincia de Loja.

##### Objetivos específicos

Caracterizar los factores sociodemográficos, económicos, síndrome depresivo y la funcionalidad familiar en la población objeto de estudio.

## **6. Marco teórico**

### 6.1 Teoría General de los sistemas

Es importante abordar esta temática en cuanto que para entender el funcionamiento humano se necesita conocer sobre el desarrollo de esta teoría la misma que indica y categoriza al sistema como un estado estable, dinámico que permite un cambio constante de componentes mediante asimilación y desasimilación. Podemos demostrar que el mismo implica, orden, totalidad, organización, estructura y finalidad.

La familia considerada desde esta teoría es un sistema abierto en continuo movimiento, cambio y reestructuración en busca de una estabilidad y equilibrio entre

todos los miembros que la componen. Es una unidad formada por distintas subunidades que pretenden conseguir un ajuste y una adaptación positiva. Los procesos son interactivos así que cualquier suceso que ocurre en uno de sus miembros repercute de una u otra manera en todos los demás (Espinal et al, 2006).

Con esta introducción determinamos que el equilibrio en las familias está dado por la interacción y la normalidad estructural y funcional de cada integrante de la misma por lo cual al existir una persona con discapacidad en ese sistema el mismo tiende a romperse y a desequilibrarse hacia la aparición de crisis Paranormativas por desorganización y afecta a cada subsistema familiar, principalmente al conyugal en caso de que la persona con discapacidad sea la pareja, que revisando la bibliografía es la más frecuente debido a que el cuidado del mismo será generalmente por su cónyuge coartando en la mayoría de los casos sus funciones normales tanto individuales como sociales y descuidando muchas de sus actividades cotidianas que le conllevaban a mantener una buena estabilidad emocional y en muchos casos provocando este cuidado a su familiar con discapacidad ser el inicio de un estado de morbilidad que afecta mucho más aun la funcionalidad familiar afectando los holones familiares.

En otras ocasiones habrá que aprender a manejar otro tipo de recursos: materiales, sociales, que en muchas ocasiones, se desconocían por completo o se consideraban como de otro mundo. (Azkoaga, 1995). Teoría del humanismo.

Algo que hacemos todos los humanos de una manera totalmente espontanea es el cuidar a la persona que lo necesita más aún si es un familiar con un alto grado de apego, pero la pregunta radica en por qué específicamente cuidamos, y es así que revisando la literatura se evidencia que dentro de la psicología humanista hallamos el termino humanístico el cual se relaciona con las concepciones filosóficas que colocan al ser humano como centro de su interés. Es así que el humanismo filosófico resalta la dignidad del ser humano, aunque interpretada de distinto modo en las diferentes formas de humanismo descrito por los múltiples pensadores y filósofos (cristiano, socialista, existencialista, científico, etc.), con esta concepción pienso que humanismo puede ser entendido como una determinada concepción del ser humano, y también como un método de vida del mismo (Henzo, 2012). Es decir que el humanismo entendido como método se describe por (William James, 2010), el cual rechazó todo absolutismo y toda negación de la variedad y espontaneidad de la experiencia y, en consecuencia, reivindicó flexibilidad al describir la riqueza de lo real, aún a costa de perder exactitud. El enfoque humanista se ocupa de desarrollar el potencial humano y no se contenta con su adecuado funcionamiento. En una palabra, la psicología humanista representa un compromiso para llegar a ser humanos, un acentuar la totalidad y unicidad del individuo, una preocupación por mejorar la condición humana, así como por entender al individuo en todos sus aspectos.

## 6.2. Depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que en 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración durante por lo menos 2 semanas.

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

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (Organización Mundial de la Salud 2011).

Los trastornos depresivos están presentes frecuentemente en la consulta diaria aproximadamente un 15 % de los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria sufren depresión (Aragonés et al., 2004). Sin embargo varios estudios ponen de manifiesto que hasta un 50 % de los casos pasan desapercibidos esto debido que acuden por presentan una serie de signos somáticos como cefalea, manifestaciones gastrointestinales y que pueden deberse a un síndrome depresivo (Chocrón et al., 1996), y una proporción superior no recibe el tratamiento adecuado. Los cuadros depresivos que se presentan en la consulta de Atención Primaria tienen unas características claramente diferenciadas de las observadas en las Unidades de Salud Mental: en Atención primaria, según se evidenció en el estudio internacional patrocinado por la OMS «Psychological Problems in General Health Care», la depresión se presenta con quejas físicas entre el 45 % y el 95 % (Simon et al., 1999), y se expresan explícitamente síntomas de tipo emocional con menor frecuencia que en el ámbito psiquiátrico. Este fenómeno representa un serio obstáculo para el reconocimiento por parte del médico, del trastorno depresivo subyacente y para la instauración y el mantenimiento de un plan terapéutico orientado al problema psicológico (Kirmayer et al., 1993).

Otra situación frecuente en la práctica es la comorbilidad entre enfermedad orgánica y trastorno depresivo, los trastornos depresivos son más frecuentes en pacientes con enfermedades orgánicas crónicas (Aragonés et al., 2004) y en particular en los pacientes de edad avanzada, la depresión mayor se presenta en un 25 % de los pacientes con otras enfermedades médicas y el 90 % de los ancianos con depresión presentan al menos otra enfermedad orgánica asociada.

Por otra parte las enfermedades físicas especialmente las de carácter crónico pueden ser un factor precipitante de la depresión. Bien por mecanismos fisiopatológicos directos, bien porque el tratamiento farmacológico pueda tener un efecto depresor o bien porque la depresión puede desencadenarse por un mecanismo reactivo a la enfermedad física (por su gravedad, por el dolor, por la discapacidad física asociada, por la pérdida de independencia). En la relación entre depresión y enfermedad discapacitantes se han descrito cuadros reactivos en relación con la enfermedad y en función de la gravedad clínica y limitación funcional originada. En otros casos, la depresión no sería reactiva, sino fisiopatológicamente

relacionada con el proceso neurológico. El diagnóstico de depresión en enfermos de Parkinson se dificulta por la confusión de síntomas (hipomimia, alteraciones en la verbalización, bradicinesia, etc.) (Moríñigo et al., 2004).

Ustun T. y cols., demostraron que los síntomas de la depresión podrían ser de 2 a 10 veces más comunes en individuos con discapacidades o que sufren de enfermedades crónicas,

Y que la depresión es una de las «condiciones secundarias » más comunes asociadas con discapacidad y enfermedad crónica.

### 6.3. Discapacidad

El análisis histórico de la atención de las personas con discapacidad en el Ecuador se ha caracterizado como en los problemas sociales por ser de baja cobertura y deficiente calidad asentada básicamente en las acciones del sector privado y en algunas instituciones del sector público que ha asumido su responsabilidad desde hace algunas décadas. La atención a las personas con discapacidad se inició gracias a la iniciativa de padres de familia y organizaciones privadas bajo el concepto de caridad y beneficencia a través de las incipientes organizaciones de personas ciegas y sordas.

Es así que Ecuador se aprobó en el 2008 la nueva Constitución que menciona en 21 artículos y una disposición transitoria la defensa de los derechos de las personas con discapacidad y la responsabilidad del Estado en su implementación.

Con este marco legal en Junio 2007 la Vicepresidencia de la República suscribió un convenio de cooperación interinstitucional con varias instituciones del Estado para emprender conjuntamente la ejecución de la Misión Solidaria Manuela Espejo y posteriormente el Programa Joaquín Gallegos Lara.

La Misión Solidaria Manuela Espejo realizó un estudio biopsicosocial clínico genético para identificar y registrar georreferencialmente a todas las personas con discapacidad a escala nacional. El programa Joaquín Gallegos Lara nace luego de que la Misión Manuela Espejo detectó los casos más críticos de personas con discapacidad física o intelectual severa que viven en un entorno de pobreza, siendo en muchas veces abandonada en largas jornadas.

Y es así que el 25 de septiembre del 2012 entró en vigencia la ley orgánica de discapacidades como resultado del mandato constitucional y de las disposiciones de la convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Con el fin de empezar a hablar de discapacidad es necesario hacer un breve repaso de los principales conceptos y terminología que se relacionan directamente con este término tan amplio.

Deficiencia es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones incluidas las psicológicas.

Discapacidad es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos

considerados normales para cualquier sujeto de sus características (sexo, edad, género, etc.).

Minusvalía es la socialización de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad y que afecta al desempeño en el rol social que le es propio (OMS, 2014).

#### 6.4. Depresión en discapacidad

Una vez comprendidas las reacciones por las que la familia pasa ante la presencia de un familiar con discapacidad física, es necesario centrar la atención no solo en la familia sino en la propia persona con discapacidad por lo que acontece a nivel de su salud mental. Así pues, por los roles asumidos en la pareja y la familia se considera que el la persona con discapacidad fácilmente ingresa en esta patología principalmente por el verse inhibida en la realización de sus actividades normales y estar a expensas de segundas personas y por esta razón de estar dependiente siente que, los roles que le corresponde cubrir se ven absorbidos casi en un 100 % por segundas personas lo cual le produce una profunda perturbación psicológica (Gras & Hernández, 2004).

Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, no raras veces resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Así por ejemplo la comorbilidad entre trastorno depresivo y trastorno por ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. También puede concurrir la depresión con el abuso de alcohol o tóxicos y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas. Es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansina, tono de voz bajo, facies triste o poco expresiva, llanto fácil o espontáneo en la consulta, escasa concentración durante la entrevista, verbalización de ideación pesimista, quejas hipocondríacas, alteraciones en el ritmo del sueño, quejas somáticas difusas y difíciles de encuadrar. En lugar de la tristeza o bajo estado de ánimo la queja principal puede consistir en la pérdida de interés y disfrute en la vida, una vivencia del tiempo enlentecida y desagradable, o la falta de energía vital para las tareas más sencillas de la vida cotidiana.

Hay que tomar en consideración los datos sobre la historia personal del paciente, los antecedentes afectivos familiares, su situación social y económica. Igual tener en cuenta que estas manifestaciones que determinan un cuadro de depresión estén presentes por al menos dos semanas para que se pueda establecer el diagnóstico (Caraveo, 1987). Han establecido que la frecuencia de la depresión oscila entre 6 y 15 % para la población general y en países industrializados ha sido reportada entre 6 y 12 %. Y es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3,3 y 21,4 %, es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad, afecta más a la mujer que al hombre, en el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio cada año se

suicidan más de 800 000 personas y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años y de la pérdida del interés de vivir por parte de las personas con discapacidad.

#### 6.5. Funcionalidad familiar

Las familias aún en las sociedades más modernas necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, principalmente en las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar. Estos aspectos interesan a la medicina contemporánea llamándola funcionalidad familiar y corresponde a uno de los parámetros principales que se evalúa en el estudio de la salud familiar. La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna de estas funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte analizando a la familia como sistema, esta es disfuncional cuando algunos de sus subsistemas se alteran por cambio en los roles de sus integrantes. Sánchez Ortega Amparo Lic. Las Nuevas Tecnologías en el Entorno Familiar de las Personas con Discapacidad (PROLAM, 2000). Una familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento.

Familia disfuncional, puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía y por sobre todas las cosas cuando hay la pérdida de vínculos interfamiliares.

Crisis, cualquier evento traumático, personal o interpersonal dentro o fuera de la familia que conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.

Normativas, son situaciones planeadas esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar, son cambios obligados.

Paranormativas, son experiencias adversas o inesperadas, impredecibles para la familia. Las que ocurren dentro de la familia ocasionan mayor disfunción que cualquier otro evento.

Garza Elizondo nos dice que la familia se encuentra sometida a presión interna originada por la evolución de sus miembros y subsistemas de desarrollo individual y familiar y a presión externa originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales que influyen sobre los miembros de la familia. Una familia con un enfermo dependiente, presenta un evento tensionante que afecta no solo al enfermo, sino a cada uno de sus integrantes y a la familia como un todo (1997).

La enfermedad, la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida. Algunas familias sufren un deterioro en su calidad de vida mientras otros tienen capacidad de adaptación y superan con éxito la crisis, (Sánchez, 2000) dice que el actual concepto de "persona con discapacidad" va indisolublemente unido al de "entorno", incluido el familiar, con demandas de funcionamiento. Dichas personas se caracterizan por



limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo (Rolland, 2000). La familia siempre ha sido, y es, no solo el entorno más próximo a la persona con discapacidad, ya que dichas personas tienen necesidades especiales, en las que se han centrado a todo ser humano: fisiológicas, seguridad, pertenencia, estima y autorrealización. La dinámica familiar de una persona con discapacidad está marcada por situaciones críticas que se añaden a las habituales en la relación familiar y la forma de resolverlas condicionará los apoyos que se le ofrezcan a la persona (Kathleen, 1986).

#### 6.6. Discapacidad en cifras

Las personas con discapacidad según la OMS 2011 en el mundo existen más de mil millones de personas que representa el 15 % que padecen alguna forma de discapacidad. En el Ecuador existen 640,183 con bajo o ningún nivel de autonomía de los cuales el 38 % necesita de cuidado permanente, y el 52 % es cuidado por las madres los cuidadores no sólo asumen las responsabilidades derivadas del cuidado sino también las consecuencias que el mismo conlleva sobre la dinámica familiar, de pareja, sus relaciones sociales, actividades de tiempo libre y cotidiano. En el 2010 se identificó en todo el país 294,611 personas con discapacidad, Cotopaxi y Loja ocupan el primero y segundo lugar respectivamente. En el 2013 el número de personas con discapacidad se incrementó a 361,487 de los cuales 201,946 son hombres y 159,541 son mujeres siendo la provincia del Guayas y Pichincha en el primer y segundo lugar respectivamente. En la provincia de Loja existen 13,053 personas con discapacidad que representa un 3,61 %, en la provincia de Loja la discapacidad física ocupa el primer lugar con 5,026 casos; seguido de discapacidades sensoriales 3,209 casos; discapacidad intelectual 4,198 casos, y psicológica 620 casos. (Torres, 2013). El libro Discapacidad en cifras nos indica la opinión y percepción de las personas con discapacidad grave y nos señala que en el 2005, el 41 % percibieron discriminación en el país. Dicha discriminación pertenecía a la marginación de actividades comunitarias, como son las fiestas, torneos deportivos, reuniones, entre otros (Montaño, 2012). Adicionalmente, datos estadísticos indicaron que el 58 % de las personas con discapacidad grave sintieron que su discapacidad influyó negativamente en el trato que recibieron; mientras que el 70 % de individuos señaló que no tuvieron la misma oportunidad de conseguir empleo que el resto de población, cabe mencionar que estos datos fueron recolectados antes del establecimiento de la Ley Orgánica de Discapacidades del Ecuador con referencia a la percepción de las capacidades que tienen las personas con discapacidad, el 39 % de la población ecuatoriana indicó que las personas con discapacidad no tienen las mismas aptitudes que el resto de la población el 13 % opinó que un individuo con discapacidad no puede ser un profesional y el 23 % mencionó que no aportan al desarrollo del país. A pesar de que estos datos fueron obtenidos en el año 2005, evidencian una historia de desconocimiento en la población ecuatoriana (Montaño, 2012).

#### 7. Metodología

### 7.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo analítica, descriptiva, correlacional y explicativa.

### 7.2. Diseño de la investigación

#### 7.2.1. Investigación de campo

En el desarrollo de este proyecto se requerirá el apoyo de informaciones que proviene de varias fuentes, entre ellas: encuestas y observaciones directas, aplicadas o dirigidas a los participantes e involucrados en las zonas seleccionadas o identificadas de acuerdo al muestreo que se aplique en la Provincia de Loja. Como es compatible desarrollar este tipo de trabajos junto a la investigación de carácter documental, primero se consultará las fuentes a fin de evitar una duplicidad de trabajo.

### 7.3. Cálculo del tamaño de muestra

Para determinar la variabilidad de las variables será necesario realizar un muestreo preliminar o piloto que permita tener un primer estimado de la varianza. Respecto a la precisión de su estimado, ésta es fijada por el investigador, a través del tamaño deseado del intervalo de confianza.

Una vez definidos esos dos valores (varianza y tamaño del intervalo), se aplicarán fórmulas para calcular el tamaño de muestra. Para calcular el tamaño de muestra para un grado específico de precisión, se empleará la proporción error estándar de la media / media aritmética como índice de precisión.

Para calcular el tamaño de muestra, se tomará como base de datos del IV Censo Poblacional y V de Vivienda (2010), para la provincia de Loja. Se cruzará esta información con la base de datos de personas a las cuales se dirija la investigación (discapacidades) esta información está disponible en la Coordinación Zonal 7 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en la que constan 2050 personas con discapacidades graves y muy grave, distribuidas en todas las parroquias de la provincia de Loja.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizará entre otros los software EPI INFO v. 7, EPIDAT v. 3.2; SPSS v. 18 o superior; EXCEL (Pita Fernández), Microsoft Project, entre otros.

Se ha calculado una muestra de 397 personas con discapacidad física grave y muy grave obtenida mediante el paquete estadístico EPI-INFO con un límite de nivel de confianza del 3 %, frecuencia esperada del 13,84 %, y una significancia del 95 %.

### 7.4. Análisis de la potencia estadística

Conjuntamente con el cálculo del tamaño de muestra, se realizará el análisis de potencia estadística, con el fin de que dicho tamaño no sea ni demasiado alto ni demasiado bajo. Ya que al ser demasiado bajo, el experimento carece de precisión para proporcionar respuestas fiables a las preguntas que se está investigando, mientras que al ser demasiado grande, el tiempo y los recursos serán en vano.

De manera general, la potencia deberá ser razonablemente alta para detectar desviaciones mínimas de la hipótesis nula. De lo contrario, el experimento no valdría la pena, por lo que se trabajará con una potencia deseada mínima del 80 %.

Para la verificación de la potencia de la muestra se utilizará el software GPower v. 3.1, y Excel (Pita Fernández). El presente trabajo investigativo cuenta con una potencia del 88 %.

#### 7.5. Muestreo aleatorio estratificado

En este tipo de muestreo se divide a la población en subgrupos o estratos que tienen alguna característica común (altitud, clima, población, necesidades básicas insatisfechas, etc.) e interesa mantener estos estratos en la muestra, para que mantenga la misma composición que la población. La selección de sujetos dentro de cada estrato se realizará aleatoriamente utilizando hojas de cálculo previamente diseñadas en el software Excel. La estratificación se suele hacer en función de diferentes variables o características de interés.

Para la investigación se tomará la base de datos de personas a las cuales se dirija la investigación (con discapacidad) para la provincia de Loja, la cual será proporcionada por la Coordinación Zonal 7 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Cada una de estas parroquias tiene características ambientales particulares por lo que se considerarán cuatro características de interés: altitud, temperatura, precipitación y necesidades básicas insatisfechas. Cada característica de interés será dividida en rangos con el propósito de que cada estrato cumpla con al menos un rango dentro de cada características de interés.

Una vez finalizado el proceso de estratificación y aleatorización se elabora la hoja de ruta para la aplicación del instrumento en campo y la consabida recopilación de información.

#### 7.6. Cálculo de la amplitud del intervalo

Para ordenar los datos numéricos en intervalos, se dividirá el rango de las personas con discapacidad en (n) intervalos que se desea establecer. Para ello se ordenan los datos de menor a mayor con el fin de detectar los valores extremos, luego se obtiene la diferencia entre el mayor valor y el menor valor. El valor resultante de esta diferencia servirá para determinar la amplitud que tendrá cada intervalo.

Partiendo de toda esta información, se cruzarán los datos y se obtendrá el número de estratos. Dentro de cada estrato se agruparán las parroquias con características de los criterios discriminantes similares. Dentro de cada estrato se aleatorizada la o las parroquias que se deben visitar para completar el número de encuestas.

#### 7.7. Técnicas utilizadas en el proceso de recopilación de la información

- Recopilación de información Primaria, en primera instancia se efectuará una encuesta semiestructurada, dirigida a los participantes e involucrados de investigación; previo consentimiento informado; aquí se solicitará den contestación a los ítems planteados en forma objetiva y concreta.
- Recopilación de Información Secundaria, nos remitiremos a los documentos e información sobre el contexto: trabajos, reportes, mapas, archivos comunitarios, información en línea, donde se haya planteado el tema de generación, innovación y operatividad de estrategias para la solución de la problemática, esto se realizará para corroborar los datos recopilados de manera primaria.

## 7.8. Instrumentos

Para la valoración de la funcionalidad familiar se aplicara el Test Apgar Familiar (anexo 1), de acuerdo a este test se clasifica a las familias en una de tres categorías de funcionalidad familiar: altamente funcionales de 7 a 10 puntos, moderadamente disfuncionales de 4 a 6 puntos y severamente disfuncionales de 0 a 3 puntos evaluación de la

Para obtener una mejor información y de primera mano de parte de los participantes e involucrados se aplicara un test estructurado (ver anexos 2), en relación a la temática. La utilización de estas herramientas permitirá alcanzar los objetivos planteados en esta investigación.

Así mismo se recolectara datos de la persona con discapacidad y su cuidador mediante una ficha técnica personal (anexo 3). Y se aplicara la encuesta de estratificación socioeconómica del INEC 2010 (anexo 5).

La utilización de estas herramientas previo consentimiento informado (anexo 3) permitirá alcanzar los objetivos planteados en esta investigación.

Sistematización, tabulación y análisis de la Información. Se utilizará matrices en base al programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies) versión 18 o posterior, las mismas que permitirán dar validez y confiabilidad a los instrumentos y validar las hipótesis planteadas, cumpliendo lo propuesto en los objetivos.

## 7.9. Análisis de datos

Una vez realizada la prueba piloto, se tabularán los datos en el programa SPSS, donde:

- 1) Se estableció el libro de códigos, fijándose bien en el tipo, etiqueta y medida de las variables.
- 2) Tomando escalas adecuadas para cada caso: por ejemplo, para determinar el síndrome depresivo que presentan las personas con discapacidades físicas graves y muy graves a través del test de Hamilton como son:
  1. Humor depresivo, (Sentimientos de tristeza, abatimiento, desvalorización y desesperanza) no evidente 0, solo exteriorizado al preguntar 1, exteriorizado espontáneamente 2, claros signos depresivos (expresión facial, voz, postura corporal, lagrimas) 3, la entrevista está dominada por comentarios acerca de abatimiento y desesperanza 4.
  2. Sentimiento de culpa, no evidente 0, dudoso al momento de la evaluación (cree ser una carga para su familia y para sus compañeros de trabajo) 1, sentimientos de culpa o cavilaciones sobre faltas anteriores 2, la enfermedad la percibe como castigo 3, el sentimiento de culpa se convierte en delusivo 4.
  3. Ideación, no evidente 0, la vida no vale la pena ser vivida pero no expresa deseo de morir 1, ideas de muerte no estructuradas 2, ideas suicidas 3, intento de suicidio 4.
  4. Insomnio inicial, ausente 0, trastornos ocasionales (más de media hora) 1, trastornos constantes 2.
  5. Insomnio medio, ausente 0, Sueño interrumpido 1, Despertar nocturno 2.

6. Insomnio tardío ausente 0, Despertar muy temprano pero con capacidad de dormir 1, Despertar muy temprano sin poder conciliar el sueño 2.
7. Trabajo y actividades de la vida diaria, sin ninguna influencia 0, se siente incapaz y decaído 1, deficiente interés en las actividades cotidianas y reducción de su capacidad de trabajo 2, incapacidad para realizar su trabajo o actividad de la vida diaria 3, incapacidad permanente 4.
8. Enlentecimiento psicomotor, no evidenciable 0, leve reducción del ritmo de la conversación y del movimiento 1, movimientos discretos de las extremidades 2, inquietud motora 3, agitación motriz 4.
9. Ansiedad psíquica, no evidente 0, discreta irritabilidad 1, ansioso, irritable, aprehensivo 2, episodios de pánico 3, ansiedad severa que interfiere las funciones de la vida diaria 4.
10. Ansiedad somática (sudoración, temblores, meteorismo, cólicos, palpitaciones, cefalea), no evidente 0, ocasionalmente 1, episodios que no interfieren con la vida diaria del paciente 2, son molestos, que interfieren con la vida diaria del paciente 3, numerosos, persistentes e incapacitantes 4.
11. Síntomas somáticos gastrointestinales (falta de apetito, estreñimiento, cólicos), no evidente 0, falta de apetito 1, tiene que ser estimulado para comer 2.
12. Síntomas somáticos generales (fatiga, agotamiento y pérdida de peso), no evidente 0, molestias vagas 1, molestias evidentes 2.
13. Desinterés por el sexo, sin variación 0, leve reducción del interés 1, pérdidas clara del impulso sexual 2.
14. Hipocondría, no evidente 0, ligera preocupación por la salud 1 considerablemente preocupado por su salud 2, está convencido que padece una enfermedad física que explica los síntomas 3, delusiones somáticas 4.
15. Impresión propia sobre la enfermedad, el paciente se da cuenta que está deprimido y enfermo 0, admite estar enfermo, pero lo atribuye a la alimentación, al clima, al exceso de trabajo, etc. (circunstancias ajenas a la enfermedad) 1, niega totalmente estar enfermo 2,

TOTAL:

NO DEPRESION 0 - 7

DEPRESION MENOR 8 – 15

DEPRESION 16 O MÁS

Como primera instancia se realizarán las siguientes operaciones:

- 1) Para el análisis no se consideran los datos generales del instrumento aplicado, únicamente las variables útiles (ítems) de cada investigación.
- 2) Se obtendrá la suma total de todas las variables útiles.
- 3) Se realizará un análisis de varianza entre todos los ítems y el total.
- 4) Se realizarán un análisis de correlación ítem – total. El índice de correlación “r” de Pearson varía entre 0 y 1, mientras más alto sea, mayor correlación habrá entre el ítem; y el total. Valores superiores a 0,8 indican buena participación de este ítem en el resultado total.

Posterior a ello, se procederán al análisis de Confiabilidad del instrumento que será a través del Alfa de Cronbach y Mitades partidas.

Para el Alfa de Cronbach se sigue el procedimiento:

1) Una vez que todos los ítems tengan buena correlación con el total, se calcula el índice de validez o consistencia para instrumentos denominado Alfa de Cronbach. En el caso de obtener valores menores a 0,8 donde incluso cada uno de los ítems tuvo correlación con el total del instrumento, se identificarán los ítems con menor grado de correlación y se los podrá eliminar para que le índice aumente.

2) Para la reducción de ítems ¿qué criterios utilizamos? Se los ordena según el índice de correlación con el resultado total de mayor a menor para eliminar los últimos 10 ítems.

3) No podemos seguir eliminando ítems, por lo que la opción es incrementar el alfa de cronbach. Para ello se ordenara nuevamente los ítems, pero no en función del índice de correlación sino según su varianza.

Se identificaran y eliminaran los ítems que expresan menor grado de variabilidad, empezando por el ultimo, a medida que se modifique, se calculara nuevamente el alpha de cronbach, sucesivamente.

4) Si aun así no se incrementa el Alfa de Cronbach, se reescribirán las preguntas o ítems que tengan menor grado de variabilidad expresado en términos de varianza comenzando por aquel que tenga el menor grado de variabilidad y se reescribirán los últimos 10 ítems, aquellos que tienen menor grado de variabilidad, con la finalidad de ampliar el abanico de respuestas reales de la población, para que el Alfa de Cronbach incremente.

Para el procedimiento de las Mitades partidas

1) Se requiere sólo una aplicación de la medición. Específicamente, el conjunto total de ítems (o componentes) es dividido en dos mitades y las puntuaciones o resultados de ambas son comparados.

2) Si el instrumento es confiable, las puntuaciones de ambas mitades deben estar fuertemente correlacionadas. Un individuo con baja puntuación en una mitad, tenderá a tener también una baja puntuación en la otra mitad.

3) La confiabilidad varía de acuerdo al número de ítems que incluya el instrumento de medición. Cuantos más ítems la confiabilidad aumenta. Por último, se realizará la Validez del constructo a través de la

Reducción de dimensiones

La dimensión está compuesta por n ítems, que deberían agruparse en un concepto más amplio que abarque a varios de ellos. Entonces, la reducción de dimensiones se refiere a agrupar ítems que pueden representar un concepto más amplio entre todos ellos. El conjunto de ítems que finalmente conforman el instrumento se denominan dimensiones. Un instrumento tiene varias dimensiones y en cada dimensión hay varios ítems.

1) Tenemos que ver si los puntajes de cada dimensión son consistentes con el puntaje total y, si los puntajes de cada ítem son consistentes con el puntaje total de su dimensión.

2) Se debe calcular un Alfa de Cronbach para cada uno de los ítems respecto de su dimensión y también un Alfa de Cronbach para el puntaje de cada dimensión respecto del puntaje total.

3) El procedimiento que permite reducir las dimensiones se denomina análisis factorial: a) análisis factorial exploratorio; y b) análisis factorial confirmatorio.

4) Análisis factorial exploratorio: el propio programa sugiere la agrupación de ítems a los cuales debemos agregarle un título que defina este conjunto, ya que la correlación entre ítems sugiere su asociación numérica y conceptual. Se refiere a la búsqueda de los grupos (dimensiones).

5) Análisis factorial confirmatorio: si se tienen definidos cualitativamente los ítems de cada dimensión, este análisis debe confirmar estas agrupaciones. El número de ítems que conforman cada dimensión no necesariamente debe ser igual, pero sería ideal. La estadística sugerirá que algunos ítems sobran de su dimensión; por ello, aquí también se pierden algunos ítems, para estructurar adecuadamente los ítems que conforman el instrumento.

6) Algunos ítems podrían cambiar de dimensión, de tal modo que se espera muchos menos ítems que conformarán el instrumento final.

#### 7.10. Área de estudio

El estudio se realizará en la provincia de Loja, la cual se ubica entre las coordenadas 3°59'26 de latitud sur y 79°12'18" de longitud oeste; limita al norte con la provincia del Azuay, al sur con la república del Perú, con la provincia de Zamora Chinchipe al este con las provincias de El Oro al oeste. Según la división política administrativa de la zona, esta comprende 16 cantones: Calvas, Catamayo, Celica, Chaguarpamba, Espíndola, Gonzanamá, Loja, Macara, Olmedo, Paltas, Pindal, Puyango, Quilanga, Saraguro, Sozoranga y Zapotillo además de 78 parroquias urbanas y rurales.

De acuerdo al Registro Oficial No. 290, del 28 de mayo de 2012, para la gestión de las entidades y organismos que conforman la Función Ejecutiva, se establece que se conformarán 19 distritos (seis en El Oro, nueve en Loja y cuatro en Zamora Chinchipe) y 164 circuitos (66 en El Oro, 72 en Loja y 26 en Zamora Chinchipe); niveles administrativos de planificación que se establecen para garantizar la distribución y provisión de bienes y servicios públicos de calidad y calidez para la ciudadanía; los cuales serán implementados en el territorio nacional por los diferentes ministerios y secretarías.