



**Departamento de Posgrados**  
**Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria**

**Depresión en adultos y su relación con disfuncionalidad familiar, migración y alcoholismo. Chuguin Chico 2015**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

**Autora: Md. Patricia Verónica Lazo González**

**Director: Dr. José Patricio Beltrán Carreño.**

**Cuenca, Ecuador, 2016**

### **Dedicatoria**

A las personas que me han apoyado directa o indirectamente a la realización de este trabajo, a mi familia quienes han sido mi fuerte para seguir adelante, a la comunidad de Chuguin Chico por su predisposición en la elaboración del presente proyecto.

La autora

### **Agradecimiento**

Expreso mi más sinceros e imperecedero agradecimiento a la Universidad de Azuay al posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional. A cada uno de los miembros de la comunidad de Chigüín Chico por su colaboración en este trabajo, que sin su participación no se hubiera realizado este propósito.

La autora

**Índice de contenido**

## Páginas preliminares

Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento.....	iii
Indice de contenido .....	iv
Resumen .....	vii
Abstract y keywords.....	viii

## Cuerpo de Trabajo

1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1.Planteamiento del problema.....	1
1.2.Justificación .....	3
1.3.Objetivo general .....	4
1.4.Objetivos específicos .....	4
1.5.Hipótesis.....	4
1.6.Marco Teórico .....	5
2. MATERIALES Y MÉTODOS .....	6
2.1.Tipo de estudio.....	6
2.2.Área de estudio .....	6
2.3.Universo .....	6
2.4.Criterios de Inclusión .....	6
2.5.Criterios de exclusión .....	6
2.6.Técnica .....	6
2.7.Procedimiento .....	6
2.8.Aspectos éticos .....	6
2.9.Operacionalización de variables .....	7
3. RESULTADOS .....	8
4. DISCUSIÓN.....	16
5. CONCLUSIÓN.....	19
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
8. ANEXOS.....	26

### Índice de Tablas

Tabla 1.Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según edad, Ingapirca 2015 .....	8
Tabla 2.Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según sexo, Ingapirca 2015 .....	8
Tabla 3.Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según estado civil, Ingapirca 2015 .....	9
Tabla 4.Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según instrucción, Ingapirca 2015 .....	9
Tabla 5.Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según tipo de familia, Ingapirca 2015.....	9
Tabla 6.Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según integrante de la familia que migro, Ingapirca 2015.....	10
Tabla 7.Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según tiempo de migración, Ingapirca 2015.....	10
Tabla 8.Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según edad con depresión, Ingapirca 2015.....	10
Tabla 9.Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según sexo con depresión, Ingapirca 2015.....	11
Tabla 10.Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según estado civil con depresión, Ingapirca 2015.....	11
Tabla 11.Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según instrucción con depresión, Ingapirca 2015 .....	11
Tabla 12.Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según tipo de familia con depresión, Ingapirca 2015 .....	12
Tabla 13.Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según integrante de la familia que migro con depresión, Ingapirca 2015 .....	12
Tabla 14.Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según tiempo de migración con depresión, Ingapirca 2015 .....	12
Tabla 15.Distribución de los habitantes de la Comunidad de Chigüín Chico según resultados de la valoración por Escala de Beck, Ingapirca, 2015. ....	13
Tabla 16.Distribución de los habitantes de la Comunidad de Chigüín Chico según de migración, funcionalidad familiar y alcoholismo con depresión, Ingapirca, 2015 .....	13
Tabla 17.Relación de los habitantes de la Comunidad de Chigüín Chico según funcionalidad con depresión, Ingapirca, 2015 .....	15
Tabla 18.Relación de los habitantes de la Comunidad de Chigüín Chico según migración con depresión, Ingapirca, 2015.....	15

Tabla 19.Relación de los habitantes de la Comunidad de Chigüín Chico según alcoholismo con depresión, Ingapirca, 2015.....	15
--	----

### **Índice de Anexos**

Consentimiento informado .....	<b>26</b>
Formulario de recolección de datos .....	<b>27</b>
Test de Beck.....	<b>28</b>
Cuestionario FF-SIL .....	<b>30</b>
Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT).....	<b>31</b>

## Resumen

La depresión se ha considerado un trastorno mental que contribuye a incapacidad, encontrándose en distintas investigaciones dentro del campo familiar y social que la disfuncionalidad familiar, la migración y el alcoholismo desencadenan depresión, lo que creo la necesidad de determinar su relación en la comunidad de Chuguín Chico. Se realizó un estudio analítico transversal, donde participaron 134 adultos, se usó un formulario para datos demográficos, la Escala de Beck para depresión, test FF-SIL para disfuncionalidad familiar y AUDIT para alcoholismo, para el análisis se usó el programa SPSS versión 15.

Se encontró diferencia estadísticamente significativa de edad, sexo, estado civil, tipo de familias, integrante de la familia que migro, tiempo de migración, migración, funcionalidad familiar, alcoholismo con depresión. Las personas con familiares migrantes poseen 2,27 veces más riesgo de depresión, como 1,68 veces más riesgo las familias disfuncionales y 4,86 veces más riesgo los que consumen alcohol.

Se concluyó que la depresión está presente en la comunidad de Chuguin Chico. La edad, sexo, estado civil, tipo de familia, integrante de la familia que migro, tiempo de migración, migración, funcionalidad familiar y alcoholismo tienen diferencia estadísticamente significativa con depresión como asociación con disfuncionalidad familiar, migración y alcoholismo.

Palabras claves: Depresión, disfuncionalidad, migración, alcoholismo.

### ABSTRACT

Depression has been considered a mental disorder that contributes to disability. Different investigations about family and social areas demonstrate that family dysfunction, migration and alcoholism trigger depression; being this the reason why it is necessary to determine their existence within the community of Chuguín Chico

A cross-sectional analytical study with the participation of 134 adults was carried out. A form for demographic data collection, Beck Scale for depression, FF-SIL test for family dysfunction and the AUDIT test for alcoholism were the instruments employed. In addition, the SPSS version 15 was used for the analysis.

A statistically significant difference with depression was found in age, sex, marital status, family type, family member who migrated, migration time, migration, family functionality, alcoholism. People with migrant family members have 2.27 times risk of depression; 1.68 times higher risk among dysfunctional families; and 4.86 times higher risk among those who consume alcohol.

It was concluded that depression is present in the community of *Chuguín Chico*. Age, sex, marital status, family type, family member, migration time, migration, family functionality and alcoholism have a statistically significant difference with depression, as association with family dysfunction, migration and alcoholism.

**Keywords:** Depression, Dysfunction, Migration, Alcoholism.

Patricia Verónica Lazo González  
Trabajo de Graduación  
Director: José Patricio Beltrán Carreño  
Octubre 2016

## **Depresión en adultos y su relación con disfuncionalidad familiar, migración y alcoholismo. Chuguin Chico 2015**

### **1. INTRODUCCIÓN**

Se considera a la depresión un trastorno mental transitorio o permanente donde se identifican cambios emocionales, físicos y cognitivos una contrariedad en la salud por provocar incapacidad parcial o total; lo que ocasiona ausencias laborales con pérdidas económicas empeorando su situación y en el peor de los casos puede llevar al suicidio, la misma que va en aumento <sup>(1)</sup>.

Además ha sido conceptualizada como una enfermedad de etiologías heterogénea encontrándose desde la forma más severa con síntomas melancólicos o psicóticos a depresión leve con sintomática subsindrómica influyendo en el desarrollo del individuo de una u otra manera <sup>(2)</sup>.

Se ha observado que los estresores multifactoriales contribuyen a depresión al estar expuesto diariamente, ocasionando cambios fisiológicos y hormonales lo que conlleva a un desequilibrio en la función cerebral, sin embargo existen investigaciones que refieren alteración biológica por influencia genética, variando su respuesta en cada persona siendo el resultado de una interacción compleja <sup>(3)</sup>.

#### **1.1. Planteamiento del problema**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2015 en América Latina y el Caribe la depresión afecta al 5% de la población adulta y a 350 millones de personas más a mujeres que hombres <sup>(4)</sup>.

Kessler et al <sup>(5)</sup> en el 2007 en su trabajo *Prevalencia de vida y distribuciones de edad de inicio de aparición de los trastornos mentales*, llevado a cabo en diecisiete países de África, Asia, América, Europa y Oriente Medio en 85052 encuestas CIDI, con una distribución de edad de 29 a 43 años obtiene una prevalencia que oscilo entre 3,3 y 21,4%.

En el Ecuador, Cordero et al <sup>(6)</sup> afirman que es un enfermedad frecuente, a nivel de nuestra región específicamente en Azuay, en su estudio dirigido por estudiantes de pregrado se determinó un 13,95% de depresión. En la provincia del Cañar se ha llevado a cabo estudios epidemiológicos descriptivos, evidenciándose por Crespo <sup>(7)</sup> en Azogues, Cañar, Tambo y

Déleg un 70% de depresión en adultos mayores en el 2011, sin encontrarse trabajos dirigidos solo a la población adulta.

En un estudio llevado a cabo por la Red de Investigación en Actividades Preventivas y de Promoción de la salud de la Colegio Universitario de London del Reino Unido y de la Universidad de Sídney encuentra un sin número de marcadores predictores de los cuales se destaca: edad, sexo (mujeres), educación, problemas graves en las personas muy cercanas e insatisfacción con la convivencia en el hogar <sup>(8)</sup>. OMS determina también a la migración como factor de riesgo <sup>(9)</sup>.

Carlos Gómez Restrepo et al <sup>(10)</sup> en 1997 realiza un investigación *sobre factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población Colombiana* con 25134 personas, entre los 12 y 60 años, encontró 11,8% depresión leve, 3,5% depresión moderada y 0,6% depresión severa, como un incremento de depresión (moderada y severa) de 5,5% en el grupo de 45 a 60 años, más diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

En relación al sexo refiere asociación estadísticamente significativa con depresión donde mujeres tienen 1,3 veces más riesgo de depresión (IC 95% 1,2-1,4) <sup>(10)</sup> y en un estudio llevado en los Estados Unidos Regier et al <sup>(11)</sup> el estado civil se correlaciono con riesgo de trastorno mental, en particular en personas separadas o divorciadas; Nagore en el 2014 encontró otro factor como la viudez <sup>(12)</sup>.

Dentro del campo familiar en México, Zabala et al <sup>(13)</sup> en el 2010 refiere una prevalencia de 49% de disfuncionalidad familiar en un población de 100 participantes, determinó porcentajes elevados, además que existe una asociación íntima con depresión, con un OR de 5,54 con un IC al 95% de 2,34 – 13,10.

En un estudio de corte trasversal realizado por Guibert et al en el 2001 en La Habana Cuba, buscando diferenciar el funcionamiento de las familias de individuos que intentaron suicidarse, con un grupo de estudio de 31 personas e igual número como control, se obtuvo que el funcionamiento familiar fue disfuncional en los que intentaron suicidarse un 45,2%, predominando todos los factores familiares, alcanzando la poca adaptabilidad 67,7%, baja cohesión 70,9%, y la desarmonía 87,1% <sup>(14)</sup>.

Desde la perspectiva social Martínez en el 2008, en base a esta dimensión tomó en consideración la migración debido a que ésta condiciona el comportamiento tanto individual como grupal, debido a que se interrumpe los ciclos de vida de la familia <sup>(15)</sup>, transforma no solo la vida social establecida sino también la íntima como la emocional lo que puede llevar a depresión <sup>(16)</sup>.

En un estudio realizado por Escobar en Cañar en el 2008 plantea que la práctica migratoria se ha incrementado en las zonas rurales, según el censo del 2001 las familias con migrantes corresponde al 30%, lo que causa una reorganización de las familias a hogares extendidos y ampliados, con una relación migratoria del 48% en familias indígenas y 35% no indígenas; siendo a uno de los diez cantones con mayor incidencia migratoria, influyendo en los jóvenes, tanto hombres como mujeres <sup>(17)</sup>.

El alcohol es el tercer factor de riesgo para la salud, existiendo una relación entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, encontrando que cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo por su consumo excesivo, provoca defunción y discapacidad a una edad temprana <sup>(18)</sup>.

García et al (1997) en un estudio de Caracterización socio familiar en un grupo de pacientes alcohólicos en Cuba realizado a 60 personas, mediante un estudio de corte descriptivo trasversal encontró que la principales vivencias psíquicas referidas por los alcohólicos fueron la depresión con un 25,0% seguida por la ansiedad 23,3%, sin embargo los motivos que los llevaron a la ingestión de bebidas alcohólicas están relacionado en un 71,6% con sentirse bien, en el 42% gusto, el 16,6% por problemas familiares, 6,6 alivio de penas, 1,6 % por invitación de amigos <sup>(19)</sup>.

En el Ecuador se observa que el inicio de su consumo de alcohol está en relacionado con características socioculturales que se ha modificado hasta la actual, la prevalencia de consumo de vida de alcohol en la población de 20 a 59 años en la provincia de Cañar corresponde al 93,3% <sup>(20)</sup>.

El consumo excesivo de alcohol puede contribuir a cambio emocionales: depresión, ansiedad, como trastornos en la conducta, sin embargo estos síntomas tienen remisión al abandono del alcohol <sup>(21)</sup>; la gran mayoría de la población refiere que toma para aliviar su estado de ánimo, hay que considerar que el consumo crónico y la abstinencia pueden empeorar estados de ánimo negativos <sup>(22)</sup>.

## **1.2. Justificación**

Como médicos de familia se ha visto la necesidad de realizar una investigación que valore los elementos estresores en la población siendo de vital importancia, puesto que la enfermedad menoscaba lentamente la salud de las personas siendo causa de invalidez y complicaciones mayores, que en muchos de los casos son controlables mediante la prevención en la atención primaria de salud permitiendo una sociedad más sana.

Procurando generar herramientas para uso de los médicos de atención primaria en salud, para emprender tareas de intervención temprana, debido a que la depresión conlleva a un

incremento en el uso de los servicios de salud, por ser subdiagnosticada, y no ser tratada tempranamente.

Además se pretende darle la importancia respectiva, al dejar de mirar de forma lineal a la depresión, solo como una enfermedad, sino con una visión más amplia donde exista una relación biológica, psicológico y social, permitiendo un mayor entendimiento y brindando a la población una atención integral, recordando que la unidad de salud es la puerta de entrada y el primer contacto que tiene el paciente con el medico en respuesta a sus necesidades.

Existe un mayor número de estudios dirigidos a la población de adolescentes o adultos mayores, sin embargo la depresión puede estar presente en cualquier etapa de la vida, por lo que el presente estudio va dirigido a la población adulta de 20 a 65 años de edad. También no se puede dejar de lado que es una población que se encuentra cursando distintas etapas del ciclo vital como espera de hijos, familias con pequeños, escolares, adolescentes, en plataforma de lanzamiento y en nido vacío, que puede influir en su estado emocional.

En base a lo revisado se crea la necesidad de determinar la relación de la depresión en adultos con disfuncionalidad familiar, migración y alcoholismo en la comunidad de Chuguín Chico, que forma parte de la población asignada al centro de salud de la parroquia Ingapirca.

### **1.3. Objetivo general**

Determinar la relación de depresión en adultos con disfuncionalidad familiar, la migración y el alcoholismo en la comunidad de Chuguín Chico en el año 2015.

### **1.4. Objetivos específicos**

1. Caracterizar a la población adulta de la comunidad de Chuguin Chico según las variables edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, tipos de familias, Integrante de la familia que migró, tiempo de migración.
2. Determinar la prevalencia de depresión y sus niveles.
3. Identificar la prevalencia de la disfuncionalidad familiar, la migración y el alcoholismo.
4. Relacionar la depresión con la disfuncionalidad familiar, la migración y el alcoholismo.

### **1.5. Hipótesis**

La depresión en adultos es más frecuente en quienes pertenecen a hogares disfuncionales, tienen familiares que han emigrado y padecen alcoholismo que en los no expuestos a estos factores de riesgo.

## 1.6. Marco Teórico

La depresión interfiere con la vida diaria causando sufrimiento tanto para quien padece el trastorno como para quienes se encuentran cercanos al individuo. Entre sus síntomas se encuentra: tristeza, ansiedad, desesperación, pesimismo, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes disfrutaba, fatiga, falta de energía, falta para concentrarse, insomnio, pérdida de apetito, pensamientos suicidas, dolores y malestares persistentes que no mejora con tratamiento <sup>(23)</sup>.

La OMS <sup>(24)</sup> ha clasificado a la depresión en leve, moderada y grave, siendo caracterizada la depresión leve a moderada por la presencia de síntomas que provocan ligera incapacidad en su funcionamiento habitual, y a la depresión grave por la presencia de síntomas considerables que interfieren en sus actividades usuales.

El DSM-V se basa para un criterio diagnóstico de episodio depresivo mayor en una lista de 9 síntomas, donde 5 o más síntomas debe estar presente por lo menos dos semanas en el mismo periodo, siendo uno de ellos un típico: ánimo depresivo, pérdida de interés o capacidad para el placer <sup>(25)</sup>. Sin embargo existe instrumentos que permiten detectar síntomas depresivos y cuantificar su gravedad en pacientes de atención primaria ya validados, como es el test de Beck hallándose un alfa de Cronbach de 0,80 <sup>(26)</sup>.

Al analizar la estructura y la funcionalidad familiar se refieren a la familia como un sistema y sus integrantes como elementos del mismo, que se verán afectados individualmente en su desarrollo en base a la relación que coexista entre ellos <sup>(27)</sup>, siendo la familia “un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso Salud- Enfermedad” <sup>(28)</sup>.

Armas en el 2007, en su libro *Las familias por dentro* nos habla de la familia como sistema con subsistemas conyugal, paterno-filial y fraternal, y sugiere el uso del instrumento de percepción de funcionamiento familiar (FFSIL) <sup>(29)</sup>, refiere Ortega et al <sup>(30)</sup> que permite valorar de forma cuantitativa y cualitativa la funcionalidad familiar, midiendo las “variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad”; alfa 0,93.

En relación a la migración la globalización ha hecho atractivo lo externo al país como al resto del mundo, lo que propone modificaciones que afectan la forma de pensar de muchos pobladores, causando cambios en ideas, conceptos, costumbres, con el fin de alcanzar un mundo de oportunidades para salir principalmente de las necesidades económicas <sup>(31)</sup>.

Se ha visto que el alcohol contribuye a causar daños físicos y mentales existiendo muchas formas de consumo de alcohol que dañan al individuo y en particular si el estresor es constante provocando riesgo a una drogodependencia, se ha considerado que se puede ver influenciado por mecanismos genéticos <sup>(32)</sup>. Se han creado instrumentos que permiten identificar su riesgo utilizándose en este estudio AUDIT por su alta sensibilidad 51-97% y especificación 78-96%, alfa de Cronbach 0,93<sup>(33)</sup>.

## **2. CAPITULO 1: MATERIALES Y MÉTODOS**

### **2.1. Tipo de estudio**

El estudio es analítico transversal en el que relaciona los expuestos a los factores de riesgo funcionalidad familiar, migración y alcoholismo con la prevalencia de depresión

### **2.2. Área de estudio**

El estudio se realizó en la Comunidad de Chuguin Chico ubicada a 17 km al Suroeste de la Parroquia Ingapirca, la que a su vez se ubica a 20 km al Noroeste del cantón Cañar.

### **2.3. Universo**

El universo de estudio constituyeron 149 adultos comprendidos entre las edades de 20 a 65 años. De esta población se tomó una muestra propositiva de 134 adultos que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado (anexo 1).

### **2.4. Criterios de Inclusión**

- Población entre 20 a 65 años que pertenecen a la comunidad Chuguin Chico.
- Las personas que acepten formar parte del estudio y lo manifiesten mediante la firma del consentimiento informado.

### **2.5. Criterios de exclusión**

- Las personas que se nieguen a participar y firmar el consentimiento informado.
- Las personas que se encuentren en proceso de duelo reciente menor a un año.

### **2.6. Técnica**

La información fue recolectada por la autora a través de visitas domiciliarias, mediante la aplicación de los siguientes instrumentos: formulario para datos demográficos, Escala de Beck para detección de depresión (anexo 3), herramienta FF- Sil para funcionalidad familiar (anexo 4), y el test de AUDIT para detección de alcoholismo (anexo 5).

### **2.7. Procedimiento**

Con la información recopilada se elaboró una base de datos mediante el uso del programa SPSS versión 15. A partir de ella se hicieron tablas e indicadores de relación de variables que sirvieron de apoyo para la redacción de informe.

### **2.8. Aspectos éticos**

En relación con los aspectos éticos el estudio no representa un riesgo para los participantes, los datos serán anónimos y mediante el uso de un documento de consentimiento informado se planteara al paciente la decisión de participar o no, también se brindara la posibilidad de abandonar el proyecto en cualquiera de las fases, los datos serán manejados por la autora.

## 2.9. Operacionalización de variables

Las variables que intervienen en el estudio son edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, tipo de familia, Integrante de la familia migrante, tiempo de migración, depresión, funcionalidad familiar, migración y consumo de alcohol. A partir de la Operacionalización de las variables se elaboró el formulario para obtención de datos demográficos (anexo 2).

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Periodo de tiempo transcurrido entre el nacimiento del paciente hasta el día de la entrevista.	Temporal	Años cumplidos calculados en base a la fecha de nacimiento registrada en la cedula de identidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de años cumplidos</li> </ul>
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de hembras	Biológica	Caracteres sexuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombre</li> <li>• Mujer.</li> </ul>
Estado civil	Situación legal en la que se encuentra el paciente con relación a la pareja.	Legal.	Cedula de identidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero/a</li> <li>• Casado/a</li> <li>• Viudo/a</li> <li>• Divorciado/a</li> <li>• Unión libre</li> </ul>
Nivel de instrucción	Grado académico alcanzado en instrucción formal.	Académica	Cedula de identidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• Básica completa</li> <li>• Básica incompleta</li> <li>• Media Completa</li> <li>• Media incompleta</li> <li>• Superior</li> <li>• Superior completa</li> <li>• Superior incompleta</li> <li>• Cuarto nivel</li> </ul>
Tipo de familia	Características propias de cada una de las familias que las identifican.	Familiar	Formulario de recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extensa</li> <li>• Nuclear Integra</li> <li>• Nuclear Ampliada</li> <li>• Monoparental</li> <li>• Reconstituida</li> </ul>
Integrante de la familia migrante	Elemento del sistema familiar que de sale del hogar	Familiar	Formulario de recolección de datos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conyugue</li> <li>• Madre</li> <li>• Padre</li> <li>• Hijos/s</li> <li>• Ambos padres</li> <li>• Hermano</li> <li>• otros</li> </ul>
Tiempo de migración	Duración que deja su lugar de origen	Temporal	Formulario de recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;1 año</li> <li>• &gt;1año</li> </ul>
Depresión	Trastorno mental, se caracteriza por tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño, del apetito, cansancio, falta de concentración	Biológica Estado de animo	Resultado en el test de Depresión de Beck	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con depresión: leve, moderada, grave</li> <li>• Sin depresión</li> </ul>

Funcionalidad familiar	Relación interpersonales familiares que pueden causar en alguno o todos los miembros síntoma psicológico asociado al modo en que el sistema familiar interactúa.	Familiar	Puntaje obtenido en el test FF-SIL	<ul style="list-style-type: none"> <li>De 70 a 57 puntos familia funcional</li> <li>De 56 a 43 moderadamente funcional</li> <li>De 42 a 28 puntos familia disfuncional</li> <li>De 27 a 14 puntos familia severamente disfuncional</li> </ul>
Migración familiar	Movimiento de población que deja el lugar de residencia para establecerse en otro país o región.	Familiar	Formulario de recolección de la información	<ul style="list-style-type: none"> <li>SI</li> <li>No</li> </ul>
Consumo de alcohol	Uso de droga psicoactiva	Familiar	Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT). Punto de corte: <u>Hombres 8 puntos</u> <u>Mujeres 7 puntos</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Probable dependencia alcohólica</li> <li>Consumo de riesgo y perjudicial</li> <li>Consumo no considerado de riesgo</li> </ul>

### 3. CAPITULO 2: RESULTADOS

La media de edad de la población estudiada se ubicó en la edad de 40,36, con un Desvío estándar de  $\pm 15,49$  años, además se encontró un mayor número de pacientes menores de 40 años que corresponde el 50,74%.

**Tabla 1. Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según edad, Ingapirca 2015**

		Frecuencia	%
Total		134	100
Edad	< 40 años	68	50,74
	40 o más años	66	49,25

Fuente: formulario demográfico  
Elaboración: la autora

De acuerdo al sexo de la población total se ve un predominio de mujeres en un 60,44%, y en los hombres con un porcentaje del 39,55%

**Tabla 2. Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según sexo, Ingapirca 2015**

		Frecuencia	%
Total		134	100
Sexo	Mujer	81	60,44
	Hombre	53	39,55

Fuente: formulario demográfico,  
Elaboración: la autora

Según el estado civil la categoría más alta fue de casados que represento el 70,14% seguido de solteros (13,43) y de viudos (7,46%).

**Tabla 3. Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según estado civil, Ingapirca 2015**

		Frecuencia	%
<b>Total</b>		134	100
<b>Estado Civil</b>	Soltero	18	13,43
	Casado	94	70,14
	Viudo	10	7,46
	Divorciado	3	2,23
	Unión Libre	9	6,71

Fuente: formulario demográfico, test de Beck  
Elaboración: la autora

Se halló en la población estudiada que la mayoría de pacientes tienen un nivel de instrucción básica incompleta (39,55%) seguido de básica completa (34,32%).

**Tabla 4. Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según instrucción, Ingapirca 2015**

		Frecuencia	%
<b>Total</b>		134	100
<b>Instrucción</b>	Ninguna	11	8,20
	Básica completa	46	34,32
	Básica incompleta	53	39,55
	Media completa	5	3,73
	Media incompleta	15	11,19
	Superior completa	3	2,23
	Superior incompleta	1	0,74

Fuente: formulario demográfico, test de Beck  
Elaboración: la autora

En cuanto al tipo de familia se obtuvo en la población estudiada mayor cantidad de familias extensas en un 47,01% seguida de nuclear integral (45,52%).

**Tabla 5. Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según tipo de familia, Ingapirca 2015**

		Frecuencia	%
<b>Total</b>		134	100
<b>Tipo de familia</b>	Extensa	63	47,01
	Nuclear integral	61	45,52
	Nuclear ampliada	8	5,97
	Monoparental	2	1,49

Fuente: formulario demográfico  
Elaboración: la autora

De los 134 habitantes que fueron estudiados que corresponde al 100% se determinó que los hijos son los que más migran correspondiendo al 7,46%, seguido del conyugue (2,98%).

**Tabla 6. Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según integrante de la familia que migro, Ingapirca 2015**

		Frecuencia	%
<b>Total</b>		134	100
<b>Integrante de la familia que migró</b>	Conyugues	4	2,98
	Hijo	10	7,46
	Padre	1	0,74
	Hermano	3	2,23
	Otros	8	5,97
Sin migración		108	80

Fuente: formulario demográfico  
Elaboración: la autora

En relación al tiempo de migración se puede observar que fue más frecuente 1 año o más, lo que correspondió a 13,43%.

**Tabla 7. Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según tiempo de migración, Ingapirca 2015**

		Frecuencia	%
<b>Total</b>		134	100
<b>Tiempo de migración</b>	< 1 año	8	5,97
	1 año o mas	18	13,43

Fuente: formulario demográfico  
Elaboración: la autora

Con el afán de que las variables de caracterización sean de aporte al estudio se las vínculo con la variable depresión obteniéndose resultados sujetos a comparación con otros estudio. En relación a la edad el grupo con mayor depresión fue la población de 40 o más años (20,14%), encontrándose una diferencia significativa ( $p = 0.009$ ) con respecto a poseer depresión.

**Tabla 8. Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según edad con depresión, Ingapirca 2015**

		Con Depresión	Sin Depresión	
<b>Total</b>		n=41(30,59%)	n=93 (69,40%)	P
<b>Edad</b>	< 40 años	14(10,44)	54(40,29)	0,009
	40 o más años	27(20,14)	39(29,10)	

Fuente: formulario demográfico, test de Beck  
Elaboración: la autora

De acuerdo al sexo de la población total se ve un predominio de mujeres que presentaron depresión (22,38%), demostrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,034$ ).

**Tabla 9. Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según sexo con depresión, Ingapirca 2015**

		Con Depresión	Sin Depresión	
<b>Total</b>		n=41(30,59%)	n=93 (69,40%)	P
<b>Sexo</b>	Mujer	30(22,38)	51(38,05)	0,034
	Hombre	11(8,20)	42(31,34)	

Fuente: formulario demográfico, test de Beck  
Elaboración: la autora

Según el estado civil se encontró diferencia estadísticamente significativa (p 0,024), la categoría más alta que presento depresión fueron los casados (20,14%).

**Tabla 10. Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según estado civil con depresión, Ingapirca 2015**

		Con Depresión	Sin Depresión	
<b>Total</b>		n=41(30,59%)	n=93 (69,40%)	P
<b>Estado Civil</b>	Soltero	3(2,23)	15(11,19)	0,024
	Casado	27(20,14)	67(50)	
	Viudo	7(5,22)	3(2,23)	
	Divorciado	0(0)	3(2,23)	
	Unión Libre	4(2,98)	5(3,73)	

Fuente: formulario demográfico, test de Beck  
Elaboración: la autora

En relación a la instrucción se halló que la población que corresponde a básica incompleta tienen mayor depresión con un porcentaje del 12,68%, sin encontrarse significancia (p 0,495).

**Tabla 11. Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según instrucción con depresión, Ingapirca 2015**

		Con Depresión	Sin Depresión	
<b>Total</b>		n=41(30,59%)	n=93 (69,40%)	P
<b>Instrucción</b>	Ninguna	7(5,22)	4(2,98)	0,129
	Básica completa	13(9,70)	33(24,62)	
	Básica incompleta	17(12,68)	36(26,86)	
	Media completa	2(1,49)	3(2,23)	
	Media incompleta	2(1,49)	13(9,70)	
	Superior completa	0(0)	3(2,23)	
	Superior incompleta	0(0)	1(0,74)	

Fuente: formulario demográfico, test de Beck  
Elaboración: la autora

Se halló que el tipo de familia extensas tiene mayor depresión con un porcentaje del 19,40%, como se encontró diferencia estadísticamente significativa (p 0,067).

**Tabla 12. Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según tipo de familia con depresión, Ingapirca 2015**

		Con Depresión	Sin Depresión	
<b>Total</b>		n=41(30,59%)	n=93 (69,40%)	P
<b>Tipo de familia</b>	Extensa	26(19,40)	37(27,61)	0,067
	Nuclear integral	14(10,44)	47(35,07)	
	Nuclear ampliada	1(0,74)	7(5,22)	
	Monoparental	0(0)	2(1,49)	

Fuente: formulario demográfico, test de Beck  
Elaboración: la autora

Se encontró significancia entre integrantes de la familia que migro con depresión ( $p$  0,026), como se determinó que los hijos como el conyugue presentaron mayor depresión (2,23%).

**Tabla 13. Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según integrante de la familia que migro con depresión, Ingapirca 2015**

		Con Depresión	Sin Depresión	
<b>Total</b>		n=41(30,59%)	n=93 (69,40%)	P
<b>Integrante de la familia que migró</b>	Conyugues	3(2,23)	1(0,74)	0,026
	Hijo	3(2,23)	7(5,22)	
	Padre	0(0)	1(0,74)	
	Hermano	1(0,74)	2(1,49)	
	Otros	6(4,47)	2(1,49)	
	Sin migración	28 (20,89)	80(59,70)	

Fuente: formulario demográfico, test de Beck  
Elaboración: la autora

En relación al tiempo de migración fue más frecuente la depresión en 1 año o más (5,22%); se halló diferencia estadísticamente significativa  $p$  (0,010).

**Tabla 14. Caracterización de los habitantes de la comunidad de Chigüín Chico según tiempo de migración con depresión, Ingapirca 2015**

		Con Depresión	Sin Depresión	
<b>Total</b>		n=41(30,59%)	n=93 (69,40%)	P
<b>Tiempo de migración</b>	< 1 año	6(4,47)	2(1,49)	0,010
	1 año o mas	7(5,22)	11(8,20)	

Fuente: formulario demográfico, test de Beck  
Elaboración: la autora

Tras la valoración con la escala de Beck, se apreció en la población estudiada que el 17,16% presento depresión leve, 13,43% moderada y en el 69,40% de los pacientes no existió la enfermedad, como se encontró una prevalencia de depresión de 30,59%.

**Tabla 15. Distribución de los habitantes de la Comunidad de Chigüín Chico según resultados de la valoración por Escala de Beck, Ingapirca, 2015.**

	FRECUENCIA	%
<b>Total</b>	n=134	100
Sin depresión	93	69,40
<b>Total</b>	41	30,59
Depresión leve	23	17,16
Depresión moderada	18	13,43

Fuente: Test de Beck  
Elaboración: la autora

De la valoración con la herramienta FF SIL, se obtuvo en la población de estudio que correspondientes a la comunidad de Chuguin Chico una prevalencia de 40,28% familias que mostraron algún nivel de alteración funcional, donde 26,11% fueron familias moderadamente funcionales y 14,17% familias disfuncionales, de los cuales el 8,95% y 8,20% respectivamente presentaron depresión sin embargo de las 50,70% que demostraron ser funcionales el 13,43% presento depresión, además se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y depresión. (p 0,009).

De la población total que representa a 134 habitantes, se encontró diferencia estadísticamente significativa (p 0,017) entre migración y depresión, con una prevalencia de 19,40% correspondiendo a un 9,70% con depresión, como 80,59% a pesar que no presentaban migración en 20,89% se encontró depresión.

En relación al alcoholismo se demostró diferencia estadísticamente significativa (p 0,000), con una prevalencia de alcoholismo de 16%, el 3% presento probable dependencia del alcohol, con un consumo de riesgo del 13%, observándose que de la prevalencia obtenida el 11% presenta depresión (3% con probable dependencia, 8% consumo de riesgo). También a pesar de que el 84% de la población no tiene ninguna relación con el alcohol el 20% presento depresión.

**Tabla 16. Distribución de los habitantes de la Comunidad de Chigüín Chico según de migración, funcionalidad familiar y alcoholismo con depresión, Ingapirca, 2015**

		Con Depresión	Sin Depresión	Total (%)	P
<b>Total</b>		n=41(30,59%)	n=93 (69,40%)	n=134 (100%)	
<b>Funcionalidad familiar</b>	Funcional	18(13,43)	62(46,26)	80(59,70)	0,009
	<b>Total</b>	23 (17,15)	31(23,13)	54 ( 40,28)	
	Moderadamente funcional	12(8,95)	23(17,16)	35(26,11)	
	Disfuncional	11(8,20)	8(5,97)	19(14,17)	
<b>Migración</b>	Si	13(9,70)	13(9,70)	26(19,40)	0,017
	No	28(20,89)	80(59,70)	108(80,59)	
<b>Alcoholismo</b>	Ninguno	26(20)	86(64)	112(84)	0,000
	<b>Total</b>	15(11)	7(5)	22(16)	
	Consumo de riesgo	11(8)	7(5)	18(13)	
	Probable dependencia	4(3)	0(0)	4(3)	

Fuente: formulario demográfico para migración, FF-sil para funcionalidad, AUDIT para alcoholismo  
Elaboración: la autora

La variable depresión se dicotomizó de la siguiente manera: se creó una categoría llamada *con depresión* que resultó de la suma de los niveles leve y moderado de depresión sin presentarse casos de depresión grave, la categoría *sin depresión* contiene a los pacientes sanos.

Con base al último objetivo planteado en este estudio se obtuvo los siguientes datos para las variables: disfuncionalidad familiar, migración y consumo de alcohol con depresión.

Se pudo observar en la población estudiada de acuerdo a la funcionalidad familiar que existió un predominio de las familias disfuncionales con depresión en 17,16%, sin embargo el 13,43% a pesar que son familias funcionales presentaron la enfermedad. También se demostró diferencia estadísticamente significativa con una p de 0,021. La Razón de Prevalencia indicó que los pacientes que conviven en familias disfuncionales poseen 1,68 veces más riesgo de depresión que los pacientes con familias funcionales en la comunidad de Chigüín Chico (IC 95% 1,13 - 2,50). Esto se traduce que la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo para depresión afirmando la hipótesis planteada.

**Tabla 17. Relación de los habitantes de la Comunidad de Chigüín Chico según funcionalidad con depresión, Ingapirca, 2015**

		Con Depresión		Sin Depresión		p	RP (IC95%)
		n=41	30,59%	n=93	69,40%		
<b>Total</b>		n=41	30,59%	n=93	69,40%		
<b>Funcionalidad</b>	Disfuncional	23	17,16	31	23,13	0,021	1,68 (1,13-2,50)
	Funcional	18	13,43	62	46,26		

Fuente: Test FF-sil para funcionalidad

Elaboración: la autora

Con respecto a la migración se puede observar que 9,70% de la población estudiada tuvo por lo menos un familiar migrante, sin embargo el 20,89% no hubo relación con migración, se encontró diferencia estadísticamente significativa entre estas dos variables con una p de 0,031. Además, las personas que tiene familiares migrantes poseen 2,27 veces más riesgo de enfermar que las personas que no tiene familiares migrantes (IC 95% 1,15-4,46), dicho de otra manera, la migración es un factor de riesgo para depresión.

**Tabla 18. Relación de los habitantes de la Comunidad de Chigüín Chico según migración con depresión, Ingapirca, 2015**

		Con Depresión		Sin Depresión		P	RP (IC95%)
		n=41	30,59%	n=93	69,40%		
<b>Total</b>		n=41	30,59%	n=93	69,40%		
<b>Migración</b>	Si	13	9,70	13	9,70	0,031	2,27 (1,15-4,46)
	No	28	20,89	80	59,70		

Fuente: formulario demográfico

Elaboración: la autora

Se puede observar en relación al consumo de alcohol que 11,19% presentó depresión y a pesar 19,40% de la población no estuvo expuestos al alcohol curso con depresión. Además se encontró diferencia estadísticamente significativa con una p de 0,000. La razón de prevalencia refiere que las personas que consumen alcohol poseen 4,86 veces más riesgo de depresión que los que no consumen alcohol de riesgo y dependencia (IC 95% 2,14-11,02), esto da a entender que el alcoholismo es un factor de riesgo para depresión.

**Tabla 19. Relación de los habitantes de la Comunidad de Chigüín Chico según alcoholismo con depresión, Ingapirca, 2015**

		Con Depresión		Sin Depresión		P	RP IC95%
		n=41	30,59%	n=93	69,40%		
<b>Total</b>		n=41	30,59%	n=93	69,40%		
Alcoholismo	Si	15	11,19	7	5,22	0,000	4,86 (2,14-11,02)
	No	26	19,40	86	64,17		

Fuente: Test AUDIT

Elaboración: la autora

#### 4. CAPITULO 3: DISCUSIÓN

La prevalencia de depresión obtenida en Chuguin Chico llega al 30,59% que es alta comparada en un estudio llevados a cabo en España en el 2002 por Gabarrón et al <sup>(34)</sup> en una población de 18 a 65 años en 400 personas que acudieron a consulta de primer nivel según cita previa seleccionados de manera aleatorizada, utilizando para la obtención de datos de depresión a partir de un estudio de doble fase del test de cribado Beck de 21 ítems como MINI (Mini Internacional Neuropsychiatric Interview), excluyendo solo a las personas que desconocían del lenguaje, obteniendo una prevalencia de 20,2%; las diferencias podría deberse a factores biológicos, ambientales, culturales, como puede responder principalmente a la metodología utilizada, el tipo de trastorno que se evalúa (depresión junto a otro trastorno) como el tipo de diseño en dos o una sola fases <sup>(35)</sup>.

En relación a la edad la población de 40 o más años son quienes presenta mayor porcentaje de depresión (20,14%), encontrándose diferencia estadísticamente significativa, situación diferente a lo encontrado por Peñuela et al <sup>(36)</sup>, sin embargo similar a lo obtenido por Gómez et al <sup>(37)</sup> en el 2004 en su estudio de *Prevalencia de depresión y factores asociados con ella* quien realiza su estudio en adultos de 18 años o más, con una mayor proporción de depresión en el último mes en los grupos entre los 46 a 60 años (9,5%) como de 61 años (9,6%), señalando que la depresivos tiende a aumentar con la edad.

Así también indica que el sexo femenino tiene hasta dos veces la probabilidad de depresión respecto al sexo masculino. De la muestra estudiada con respecto a la influencia del sexo demuestra ser estadísticamente significativo con depresión con un claro predominio de mujeres, los resultados de esta investigación se relacionan con otros estudios llevados por Oliver et al <sup>(38)</sup>, como por Gabarrón et al en estudios previos donde la prevalencia en mujeres es 4 veces superior que en varón 26,8% frente a 8,1%, difiere a lo que manifiesta Gómez.

Además se encuentra que las mujeres pasan por un cuadro depresión el doble que los hombre <sup>(39)</sup> probablemente debido a que en el hombre la producción de serotonina es mayor que en la mujer en un 52% <sup>(40)</sup>. Sin embargo algunos autores han refieren que estas diferencias podrían deberse más a artefactos que a diferencias reales, afirmando que la mujer percibe, reconoce, informa y busca ayuda con mayor frecuencia mientras que los hombres expresen sus malestar de forma diferente, haciendo frente a la depresión buscando alternativas como el alcohol o drogas siendo su temor que esta enfermedad pueda repercutiría en su parte económica <sup>(41)</sup>, existen muchas hipótesis formuladas respecto a las causas de estas diferencias, yendo desde factores biológicos hasta sociales sin estar claro en su verdaderas causa <sup>(42)</sup>.

Estudios revelan que el estado civil se asocia con depresión en particular las condiciones de separados y divorciados <sup>(43)</sup>, Simó et al <sup>(44)</sup> refiere que esto puede ser debido a que la ruptura

genera sentimientos de pérdida como la percepción de fracaso; demostrando en esta investigación que el estado civil fue estadísticamente significativo, sin embargo se encontró una mayor porcentaje en casados.

La educación como condición social es un predictor de salud <sup>(45)</sup>, Bello et al <sup>(46)</sup> en el 2005 en su trabajo *prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México* presenta una disminución de casos de depresión mientras mayor es su instrucción encontrando, en este trabajo la mayor porcentaje de depresión se encontró en un nivel de instrucción básica completa seguida de la incompleta, sin embargo no existe una diferencia estadísticamente significativa.

Se planteó una posible relación entre en tipo de familia y depresión, obteniendo que existe diferencia estadísticamente significativa, con una mayor porcentaje de familias extensas, lo que no corrobora con Soriano Fuentes et al <sup>(47)</sup>, donde sus resultados no fueron significativos ( $P= 0,682$ ), encontrando mayor familias nucleares.

Al valorar funcionamiento familiar la prevalencia conseguida con algún nivel de alteración funcional es de 40,28% con depresión el 17,15% distinto a lo que manifiesta Ortega et al <sup>(48)</sup> de 155 encuestas utilizando para su valoración de funcionalidad el APGAR obteniendo como resultado que el 63,8% de adultos aprecia que su familia es disfuncional correspondiendo al 1,9% con depresión.

En cuanto a la clasificación de esta variable se encontró un 26,11% familias moderadamente funcionales y 14,17% familias disfuncionales, presentando depresión en un 8,95% y 8,20% respectivamente. Mendoza et al 2006 <sup>(49)</sup> en su estudio *análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria* encuentra 39% familias moderadamente funcional, y 9% disfuncionales datos más altos a lo obtenido; en relación a la asociación de depresión con disfuncionalidad, se halla que los pacientes que conviven en familias disfuncionales poseen 1,68 veces más riesgo de depresión que los pacientes con familias funcionales, siendo estos resultados estadísticamente significativos. Arrieta et al <sup>(50)</sup> en el 2013 encontró asociación íntima entre esta variable ( $OR = 3,6$ ;  $IC\ 95\% 1,9-6,6$ ). Distintas investigaciones afirman que a menor funcionalidad familiar mayor depresión <sup>(51)</sup>.

Se aprecia que la migración es estadísticamente significativo con depresión, con una prevalencia de 19,40% del cual 9,70% presenta la enfermedad, además las personas que tiene familiares migrantes poseen 2,27 veces más riesgo de depresión que las personas que no tiene familiares migrantes ( $IC\ 95\% 1,15 - 4,46$ ), y que con mayor frecuencia la población migrante es un hijo/a, alcanzando una prevalencia menor a la obtenida por Rivera et al <sup>(52)</sup> en el 2012 donde compara a tres grupos de adultos jóvenes que pertenecen a familias de migrantes de directos, indirectos, y sin migrantes que corresponde a 514 personas de Michoacán-México obteniendo una prevalencia de 27.4% el grupo con familiares migrantes

directos, hallando diferencias estadísticamente significativas, además mayor síntomas depresivos bajo autocontrol y autoreproche como problemas para buscar redes de apoyo <sup>(52)</sup>, refiriendo que la "migración modifican los patrones de comportamiento en particular la salud mental.

Por otro lado la prevalencia de alcoholismo en adultos obtenía mediante la utilización del test de AUDIT es del 16% con un 11% de depresión, con un consumo de riesgo de (13%), dependencia (3%) este resultado es bajo a lo reportado por Arrieta et al en el 2014, señalando que la prevalencia de depresión con un consumo de riesgo perjudicial y riesgo de dependencia es del 20,5% <sup>(53)</sup>.

Además se encontrón en este estudio que existe diferencia estadísticamente significativa donde el riesgo de depresión es de 2,9 veces más que las personas que no tiene familiares que consumen alcohol de riesgo y dependencia siendo más alto en relación a lo que dice Arrieta et al, donde obtiene un OR que indica que existe 0,9 veces más riesgo de depresión de los expuestos que los no expuestos (IC 95% 0,6 - 1,3), sin embargo Casas et al <sup>(54)</sup> en el 2002 en su estudio *Patología Psiquiátrica Asociada al Alcoholismo* donde obtuvo una relación a la depresión mayor 1,7 más probable al consumo de alcohol que la población general, refiriendo que la mayor vulnerabilidad hacia el alcoholismo puede estar afín con una predisposición genética, pero también los repetidos estados de estrés intenso pueden desarrollar el riesgo de drogodependencia como otros trastornos psiquiátricos.

## 5. CONCLUSIÓN

- De acuerdo con los datos obtenidos y análisis de los mismo se concluye que:
- La depresión es un trastorno que está presente en la comunidad de Chuguin Chico con una prevalencia de 30,59% del cual 17,16% es leve y 13,43% moderada.
- Se encontró diferencia estadísticamente significativa de edad, sexo, estado civil, tipo de familias, integrantes de la familia que migraron, tiempo de migración.
- La prevalencia de migración es de 19,40%, de funcionalidad familiar 40,28%y el alcoholismo 16% encontrándose diferencia estadísticamente significativa con depresión
- Al relación migración con de depresión se encontró un riesgo de 2,27 (IC95% 1,15-4,46), en disfuncionalidad familiar 1,68 (IC95% 1,13-2,50), y en alcoholismo 4,86 (IC95% 2,14-11,02).

## 6. RECOMENDACIÓN

Implementar dentro de la atención primaria en salud programas de prevención, identificando los factores de riesgo mencionados en este trabajo lo que va permitir su intervención de manera temprana a la depresión, como el potenciar factores protectores del sistema social. Además hay que subrayar que existe poca información sobre estudios que asocian, migrantes, funcionalidad y alcoholismo con depresión en la población estudiada, destacando que se encuentran mayor investigaciones que captan la depresión en el migrante o en sus hijos y no en el resto de integrantes de la familia tomando en consideración que en las zonas rurales existe gran cantidad de familias extensas, en cuanto a funcionalidad los estudios se enfocan más en adolescentes y adultos mayores, por lo que toma relevancia el realizar nuevas investigaciones que permitan conocer esta problemática en los diferentes grupos etarios para su intervención de manera integral.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión, Temas de Salud. [Online].; 2012 [citado 2015 Abril 3]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
2. Sadek N, Nemeroff C. Actualización en neurobiología de la depresión. [Online].; 2000 [citado 2015 Diciembre 16]; 64(3):462-485. Disponible en:<http://www.psicomag.com/biblioteca/2000/2000%20Depresion.pdf>.
3. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Base neuroquímica y neuroanatómicas de la depresión. [Online]. [citado 2015 Diciembre 16]. Disponible en: [www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf](http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf).
4. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. [Online].; 2012 [citado 2015 Abril 3]. Disponible en: [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1047:dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=236](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=236).
5. Kessler R, Angermeyer M, Anthony J, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. [Online].; 2007 [citado 2016 Enero 12]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174588/>.
6. Cordero J, Pacheco H. Prevalencia de la ansiedad, depresión y alcoholismo en estudiantes de Medicina. Universidad del Azuay. Escuela de Medicina. [Online].; 2010 [citado 2015 Abril 22]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/dato>.
7. Crespo J. Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar. Universidad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. [Online].; 2011 [citado 2015 Abril 13]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3497/1/MED68.pdf>.
8. Bellón J, de Dios Luna J, Rey M, Moreno B, Nazaret , C M, et al. La predicción de la aparición de la depresión mayor en atención primaria: la validación internacional de un algoritmo de predicción de riesgo de España. [Online].; 2011 [citado 2016 Enero 15]. Disponible en: <https://translate.google.com.ec/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21466749&prev=search>.
9. OMS. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado. [Online].; 2004 [citado 2016 Enero 16]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf).
10. Gómez C, Rodríguez N. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población Colombiana. Rev. Col. Psiquiatría. [Online].; 1997 [citado 2015 Diciembre

- 16];26(1):23-35. Disponible en: <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-26/1/ARTICULO%20ORIGINAL%20FACTORES%20DE%20RIESGO%20ASOCIADOS.pdf>.
11. Regier D, Farmer M, Rae D, Myers J, Kramer M, Robins L, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment Area study. [Online].; 1993 [citado 2016 Enero 15];vol8(1):35-47. Disponible en: [https://translate.googleusercontent.com/translate\\_c?depth=1&hl=es&prev=search&rurl=translate.google.com.ec&sl=en&u=http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03411.x/abstract%3Bjsessionid%3DFED0FCD3FE5DADD0196A20D83C3F2701.f03t01&usg=AL](https://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=es&prev=search&rurl=translate.google.com.ec&sl=en&u=http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03411.x/abstract%3Bjsessionid%3DFED0FCD3FE5DADD0196A20D83C3F2701.f03t01&usg=AL).
  12. Nagore Y. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al anciano institucionalizado en la Residencia Javalambre de Teruel, Universidad de Zaragoza. [Online].; 2014 [citado 2015 Abril 22]. Disponible en: <http://zagan.unizar.es/record/14313?ln=es#>.
  13. Zabala M, Domínguez G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos Mexicanos, PSICOGERIATRÍA. [Online]. Tabasco-México: Viguera; 2010 [citado 2015 Abril 22];2(1):41-48. Disponible en: [http://www.viguera.com/sep/g/pdf/revista/0201/0201\\_0041\\_0048.pdf](http://www.viguera.com/sep/g/pdf/revista/0201/0201_0041_0048.pdf).
  14. Guibert W, Torres N. Intento suicida y funcionamiento familiar. Rev Cubana Med Gen. [Online].; 2001 [citado 2015 Diciembre 17];17(5):452-460. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000500008&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000500008&script=sci_arttext).
  15. Martínez D. Los Tejidos de una Etnografía Emocional de la Migración: El Caso de la Vida Familiar y no Migrantes en Contexto Transnacional. [Online].; 2008 [citado 2015 Noviembre 12];3(2):97-111. Disponible en: <http://cimexus.umich.mx/index.php/cim1/article/view/35/32>.
  16. Martínez D. Tan lejos y tan Cerca : La dinámica de los grupos familiares de migrantes desde una localidad michoacana en contexto transnacional. [Online].; 2009 [citado 2015 Noviembre 13]. Disponible en: <http://www.learningace.com/doc/4258609/f801dceb10934d5d0c858826c32bbc96/martinezruiz>.
  17. Escobar A. Tras las huellas de las familias migrantes del cantón Cañar. [Online].; 2008 [citado 2015 Septiembre 20]. Disponible en: <http://www.flacsoandes.edu.ec/agora/tras-las-huellas-de-las-familias-migrantes-del-canton-canar>.

18. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. [Online].; 2015 [citado 2016 Marzo 13]. Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>.
19. García R, Garcés A, López M, López E. Caracterización sociofamiliar en un grupo de pacientes alcohólicos. Rev Cubana Med Gen integr. [Online].; 1997 [citado 2015 Diciembre 17];13(2):139-142. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251997000200007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251997000200007&script=sci_arttext).
20. Freire W, Ramírez M, Belmont P, Mendieta M, Silva M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. [Online].; 2012 [citado 2016 Enero 11]. Disponible en: [www.ecuadorencifras.gob.ec/.ENSANUT/MSP\\_ENSANUT-ECU\\_06-10-2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/.ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf).
21. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. [Online].; 2008 [cited 2016 Marzo 18]. Disponible en: [www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_atencion\\_primaria.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf).
22. Modesto V, Henry K. Diagnosis and Treatment of Alcohol-Dependent Patients With Comorbid Psychiatric Disorders. [Online].; 1999 [citado 2015 Diciembre 14]. Disponible en: [V Modesto-Lowe, HR Kranzler - Alcohol Research and Health, 1999 - Citeseer](#).
23. Instituto Nacional de la Salud Mental. Depresión. [Online].; 2009 [citado 2015 Diciembre 13]. Disponible en: [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion\\_38791.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf).
24. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento Farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. [Online].; 2009 [citado 2015 Junio 14]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/management/psychotropic\\_book\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf).
25. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Quinta ed. Buenos Aires: Panamericana; 2014.p.103-110.
26. Izquierdo Amaia. Validación de la versión española del BDI-FS: un instrumento para la detección de la depresión en atención primaria. [Online].; 2011 [citado 2015 Septiembre 16]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/14539/>.
27. Gómez C, Coria I, Ponce R. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. [Online].; 1999 [citado 2015 Diciembre 16];1(2):45-57. Disponible en:[http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II\\_EMF\\_127-139.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II_EMF_127-139.pdf).

28. Pacheco T. Caracterización de salud familiar en el área de influencia de unidad médica de ciudad Merliot. [Online].; 2011 [citado 2016 febrero 12]. Disponible en: [http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=504&Itemid=85](http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=504&Itemid=85).
29. Armas N, Díaz L. Entre voces y silencios: Las Familias por dentro. América ed. Ecuador; 2007.
30. Ortega T, Dolores de la C, Días C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev. Cubana Enfermer. [Online].; 1999 [citado 2015 Diciembre 17]15(3):164-168. Disponible en:[http://www.sld.cu/revistas/enf/vol15\\_3\\_99/enf05399.pdf](http://www.sld.cu/revistas/enf/vol15_3_99/enf05399.pdf).
31. Suárez M. La migración en Ecuador y su impacto en la familia y la escuela. Revista de Psiquiatría del Uruguay. [Online].; 2012 [citado 2015 Diciembre 17];vol64(3):462-478.Disponible en: [minerva.usc.es/bitstream/10347/6127/1/rep\\_265.pdf](http://minerva.usc.es/bitstream/10347/6127/1/rep_265.pdf).
32. Martínez J. La predisposición genética al alcoholismo y la vulnerabilidad al abuso de cocaína u otras sustancias psicoactivas. [Online].; 1999 [citado 2016 Enero 11];vol1(3).Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-la-predisposicion-genetica-al-alcoholismo-13010711>.
33. Riofrío C, Rodríguez J. Identificación del alcoholismo. [Online].; 2010 [citado 2015 Noviembre 12]. Disponible en: [www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1763/65/00650072\\_LR.pdf](http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1763/65/00650072_LR.pdf).
34. Gabarrón E, J.M. V, Haro JM, Boix I, Jover A, Arenas M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos. [Online].; 2002 [citado 2015 Diciembre 13]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-deteccion-los-trastornos-depresivos-13029743>.
35. Cano A, Salguero J, Wood C, Dongil E, Latorre J. La depresión en atención primaria:prevalencia, diagnóstico y tratamiento. [Online].; 2012 [citado 2015 Diciembre 11]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/230577077\\_La\\_depresion\\_en\\_Atencion Primaria\\_prevalencia\\_diagnostico\\_y\\_tratamiento\\_Depression\\_in\\_Primary\\_Care\\_Prevalence\\_Diagnosis\\_and\\_Treatment](https://www.researchgate.net/publication/230577077_La_depresion_en_Atencion Primaria_prevalencia_diagnostico_y_tratamiento_Depression_in_Primary_Care_Prevalence_Diagnosis_and_Treatment).
36. Peñuela M, Baquero I, Amador C, Castillo E, Daza J. Factores de riesgo asociados a la depresión en pacientes de la consulta dermatológica en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla Colombia. [Online].; 2004 [citado 2015 Diciembre 11]. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4159/5625>.
37. Gómez C, Bohórquez A, Pinto D, Gil J, Rondón M, Díaz N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población Colombiana. Rev. Panam. Salud Publica.

- [Online].; 2004 [citado 2015 Diciembre 15];16(6):378-86. Disponible en:[www.scielo.org/pdf/rps/v16n6/23682.pdf](http://www.scielo.org/pdf/rps/v16n6/23682.pdf).
38. Oliver A, Torres E, March S, Socías I, Esteva M. Factores de riesgo de síndrome depresivo en adultos jóvenes. [Online].; 2013 [citado 2016 Enero 15]. Disponible en: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/82/ESP/15-82-ESP-84-96-410230.pdf>.
  39. Bleichman E. Depresión en la mujer. [Online].; 1991 [cited 2015 Diciembre 11];11(39):283-287. Disponible en: <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/15234/15095>.
  40. Nishizawa S, Benkelfat C, SN J, Leyton M, Mzengeza S, de Montigny C, et al. Las diferencias entre hombres y mujeres en las tasas de síntesis de serotonina en el cerebro humano. [Online].; 1997 [citado 2016 Enero 17]. Disponible en: <https://translate.google.com.ec/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9144233&prev=search>.
  41. Lara M, Medina M, Salgado de Snyder N, Maricarmen A, Díaz M, Villatoro J. Utilización de los servicios para problemas de salud mental en población femenina. [Online].; 1996 [citado 2015 Diciembre 13];19(2):42-49. Disponible en: [www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm1902/sm190242.pdf?PHPSESSID](http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm1902/sm190242.pdf?PHPSESSID).
  42. Matud M, Guerrero K, Matías R. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. [Online].; 2005 [citado 2016 Noviembre 18]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/238097180 Relevancia de las variables sociodemograficas en las diferencias de genero en depresion1](https://www.researchgate.net/publication/238097180_Relevancia_de_las_variables_sociodemograficas_en_las_diferencias_de_genero_en_depresion1).
  43. Suárez M, Ruíz J, Tejera M, Rodríguez V, Manzanera R, Artiles R. Estados de ansiedad, depresión y factores relacionados en la población adulta inmigrante latinoamericana en Canarias. [Online].; 2011 [citado 2016 Febrero 12]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-estados-ansiedad-depresion-factores-relacionados-S1138359311001468?referer=buscador>.
  44. Simó Carlos, Andrea H, David M. El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud. [Online].; 2015 [citado 2016 Enero 19]. Disponible en: [http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/Reis\\_151\\_Article\\_081436256975683.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/Reis_151_Article_081436256975683.pdf).
  45. Organización Mundial de la Salud. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados. 2nd ed. Richard W, Michael M, editorial España: FER/EDIGRAFOS; 2003.
  46. Belló M, Puentes E, Medina M, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. [Online].; 2005 [citado 2015 09 14];47(1):S4-S11. Disponible en: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609302](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609302).

47. Soriano S, De la Torre R, Soriano L. Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. [Online].; 2003 [citado 2015 Noviembre 4];4(2):130-135. Disponible en:[www.samfyc.es/Revista/PDF/v4n2/07.pdf](http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v4n2/07.pdf).
48. Ortega A, Fernández A, Osorio M. Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. Rev Cubana Med Gen Integr. [Online].; 2003 [citado 2015 Noviembre 13];vol.19(4). Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252003000400002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252003000400002&script=sci_arttext&tlng=pt).
49. Mendoza L, Soler E, Sainz L, Gil I, Mendoza H, Pérez C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. [Online].; 2006 [citado 2015 Diciembre 16];8(1):27-32. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=53&IDARTICULO=8430&IDPUBLICACION=931>.
50. Arrieta K, Díaz S, González F. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. [Online].; 2013 [citado 2015 Diciembre 20]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745013700040>.
51. Osornio L, García L, Méndez A, Garcés L. Depresión, dinámica familiar y rendimiento académico en estudiantes de medicina. [Online].; 2009 [citado 2015 Diciembre 21];vol11(1):11-15. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719069003>.
52. Rivera M, Cervantes E, Martínez T, Obregón N. ¿Qué pasa con los jóvenes que se quedan? [Online].; 2015 [citado 2015 Diciembre 17];14(2):33-51. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80225867009>.
53. Arrieta K, Díaz S, González F. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitario: prevalencia y factores relacionados. Rev. Clin Med Fam. [Online].; 2014 [citado 2015 Abril 15];7(1):14-22. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1696/169631395009.pdf>[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2014000100003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2014000100003&script=sci_arttext).
54. Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. [Online].; 2002 [citado 2015 Noviembre 14];14(1):195-219. Disponible en: [www.apavvaldemoro.org/publicaciones/patologia.pdf](http://www.apavvaldemoro.org/publicaciones/patologia.pdf).

**8. ANEXOS****POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR****Depresión en adultos y su relación con factores asociados. Chuguin Chico 2015****Consentimiento informado**

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente Investigación que tiene como propósito Determinar el impacto de la disfuncionalidad familiar, el consumo de alcohol y la migración, en la presentación de depresión en la población de 19 a 65 años de la Comunidad de Chigüín Chico durante el año 2015.

De antemano me han aclarado la Investigadora que este estudio no me puede causar ningún riesgo y los resultados obtenidos serán de beneficio o utilizados para mejorar los programas preventivos de salud.

Mi participación consiste en responder un cuestionario cuyos datos proporcionados por mí serán totalmente confidenciales sin que exista la posibilidad de identificación individual, también que puedo dejar de participar o continuar el estudio de esta investigación si así lo decido en el momento que lo desee sin que se origine problema alguno. La estudiante patricia Verónica Lazo González, me ha informado que es la responsable de este estudio que están realizando como medio para obtener el título de Médico Familiar y Comunitario.

\_\_\_\_\_

Firma del encuestado/a

Fecha\_\_\_\_\_

**Formulario de recolección de datos**



**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR**

**Depresión en adultos y su relación con factores asociados. Chuguin Chico 2015**

**FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Formulario	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
Grupo de estudio	CASO <input type="text"/>	CONTROL	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento/edad	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Sexo	Hombre <input type="text"/>	Mujer	<input type="text"/>
Estado civil	Soltero/a	<input type="text"/>	Divorciado/a <input type="text"/>
	Casado/a	<input type="text"/>	U. Libre <input type="text"/>
	Viudo/a	<input type="text"/>	
Nivel de instrucción			
	Ninguna	<input type="text"/>	Media incompleta <input type="text"/>
	Básica completa	<input type="text"/>	Superior completa <input type="text"/>
	Básica incompleta	<input type="text"/>	Superior incompleta <input type="text"/>
	Media completa	<input type="text"/>	Cuarto nivel <input type="text"/>
Tipo de familia			
	Extensa	<input type="text"/>	Reconstituida <input type="text"/>
	Nuclear integra	<input type="text"/>	Familia con padres ausentes <input type="text"/>
	Nuclear ampliada	<input type="text"/>	Equivalentes familiares <input type="text"/>
	Monoparental	<input type="text"/>	Familias corporativas <input type="text"/>
Migración en el núcleo familiar	Si <input type="text"/>	No	<input type="text"/>
	conyugue <input type="text"/>	hijo/s <input type="text"/>	padre <input type="text"/>
			madre <input type="text"/>
Ambos padres	<input type="text"/>	hermandad <input type="text"/>	otros <input type="text"/>
Tiempo:	meses <input type="text"/>	años	<input type="text"/>

**Test de Beck**

*Instrucciones:* Éste es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lea íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

1.

- 0. No me encuentro triste
- 1. Me siento triste o melancólico
- 2. Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo
- 3. Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo

2.

- 0. No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro
- 1. Me siento desanimado respecto al futuro
- 2. No tengo nada que esperar del futuro
- 3. No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar

3.

- 0. No me siento fracasado
- 1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
- 2. Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
- 3. Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa)

4.

- 0. No estoy particularmente descontento
- 1. No disfruto de las cosas como antes
- 2. No encuentro satisfacción en nada
- 3. Me siento descontento de todo

5.

- 0. No me siento particularmente culpable
- 1. Me siento malo o indigno muchas veces
- 2. Me siento culpable
- 3. Pienso que soy muy malo e indigno

6.

- 0. No me siento decepcionado conmigo mismo
- 1. Estoy decepcionado conmigo mismo
- 2. Estoy disgustado conmigo mismo
- 3. Me odio

7.

- 0. No tengo pensamientos de dañarme
- 1. Creo que estaría mejor muerto
- 2. Tengo planes precisos para suicidarme
- 3. Me mataría si tuviera ocasión

8.

- 0. No he perdido el interés por los demás
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes
- 2. He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
- 3. He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto

9.	<ul style="list-style-type: none"><li>0. Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes</li><li>1. Trato de no tener que tomar decisiones</li><li>2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones</li><li>3. Ya no puedo tomar decisiones</li></ul>
10.	<ul style="list-style-type: none"><li>0. No creo que mi aspecto haya empeorado</li><li>1. Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo</li><li>2. Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo</li><li>3. Siento que mi aspecto es feo y repulsivo</li></ul>
11.	<ul style="list-style-type: none"><li>0. Puedo trabajar igual de bien que antes</li><li>1. Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo</li><li>2. Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa</li><li>3. No puedo realizar ningún trabajo</li></ul>
12.	<ul style="list-style-type: none"><li>0. No me canso más que antes</li><li>1. Me canso más fácilmente que antes</li><li>2. Me canso por cualquier cosa</li><li>3. Me canso demasiado por hacer cualquier cosa</li></ul>
13.	<ul style="list-style-type: none"><li>0. Mi apetito no es peor de lo normal</li><li>1. Mi apetito no es tan bueno como antes</li><li>2. Mi apetito es ahora mucho peor</li><li>3. He perdido el apetito</li></ul>

**RESULTADO:****INTERPRETACIÓN:**

**Cuestionario FF-SIL**

	<b>Casi nunca 1</b>	<b>Pocas veces 2</b>	<b>A veces 3</b>	<b>Muchas veces 4</b>	<b>Casi siempre 5</b>
1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante de_ terminadas Situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

**RESULTADO:****INTERPRETACIÓN:**

**Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT).**

<p><b>¿[1] Con qué frecuencia toma alguna bebida alcohólica?</b>          Nunca (0)          Una o menos veces al mes (1)          2 a 4 veces al mes (2)          2 o 3 veces a la semana (3)          4 o más veces a la semana (4)</p> <input type="text"/>	<p><b>¿[6] Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas por la mañana para recuperarse de haber bebido mucho la noche anterior?</b>          Nunca (0)          Menos de una vez en el mes (1)          Mensualmente (2)          Semanalmente (3)          A diario o casi a diario (4)</p> <input type="text"/>
<p><b>¿[2] Cuántas consumiciones de bebidas con contenido alcohólico suele hacer en un día de beber normalmente?</b>          1 o 2 (0)          3 o 4 (1)          5 o 6 (2)          7 a 9(3)          10 o más (4)</p> <input type="text"/>	<p><b>¿[7] Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</b>          Nunca (0)          Menos de una vez en el mes (1)          Mensualmente (2)          Semanalmente (3)          A diario o casi a diario (4)</p> <input type="text"/>
<p><b>¿[3] Con qué frecuencia toma seis o más consumiciones alcohólicas en un solo día?</b>          Nunca (0)          Menos de una vez al mes (1)          Mensualmente (2)          Semanalmente (3)          A diario o casi a diario (4)  <i>Pase a la pregunta 9 y 10 si la suma de total de las preguntas 2 y 3 es igual a 0.</i></p> <input type="text"/>	<p><b>¿[8] Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de recordar qué pasó la noche anterior porque había estado bebiendo?</b>          Nunca (0)          Menos de una vez en el mes (1)          Mensualmente (2)          Semanalmente (3)          A diario o casi a diario (4)</p> <input type="text"/>
<p><b>¿[4] Con qué frecuencia en el curso del último año se ha encontrado con que no podía parar de beber una vez había empezado?</b>          Nunca (0)          Menos de una vez al mes (1)          Mensualmente (2)          Semanalmente (3)          A diario o casi a diario (4)</p> <input type="text"/>	<p><b>¿[9] Usted o alguna otra persona se ha hecho daño como consecuencia que Usted había bebido?</b>          No (0)          Sí, pero no en el curso del último año (2)          Sí, el último año (4)</p> <input type="text"/>
<p><b>¿[5] Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido realizar la actividad que le correspondía, por haber bebido?</b>          Nunca (0)          Menos de una vez al mes (1)          Mensualmente (2)          Semanalmente (3)          A diario o casi a diario (4)</p> <input type="text"/>	<p><b>¿[10] Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario se ha preocupado por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?</b>          No (0)          Sí, pero no en el curso del último año (2)          Sí, el último año (4)</p> <input type="text"/>