



**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN,
INNOVACIÓN Y TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA**

CENTRO DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MAGÍSTER EN TEMA:**

**TEMA: ESTRATEGIAS PARA LA GESTIÓN EN LA ATENCIÓN A
FAMILIARES PRIMARIOS CON EPISODIO DEPRESIVO DEL
PERSONAL ACTIVO DE LA FUERZA PÚBLICA, EN EL SERVICIO DE
PSIQUIATRÍA DE LOS HOSPITALES DE LAS FUERZAS ARMADAS Y
POLICÍA NACIONAL, EN LAS CIUDADES DE QUITO Y GUAYAQUIL
(Periodo 2016-2018).**

**AUTORAS: LCDA. MONTEZUMA JUNIA, EVELYN NATHALY
DRA. PÉREZ GÓMEZ, ADA LUZ**

DIRECTOR: DRA. TORRES ALCIVAR, DIANA CRISTINA

SANGOLQUÍ

AÑO 2018



**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y
TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA**

CENTRO DE POSGRADOS

CERTIFICACIÓN

Certifico que el trabajo de titulación, “**ESTRATEGIAS PARA LA GESTIÓN EN LA ATENCIÓN A FAMILIARES PRIMARIOS CON EPISODIO DEPRESIVO DEL PERSONAL ACTIVO DE LA FUERZA PÚBLICA, EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE LOS HOSPITALES DE LAS FUERZAS ARMADAS Y POLICÍA NACIONAL, EN LAS CIUDADES DE QUITO Y GUAYAQUIL (Periodo 2016-2018).**” fue realizado por las señoras Montezuma Junia Evelyn Nathaly y Pérez Gómez Ada Luz el mismo que ha sido revisado en su totalidad, analizado por la herramienta de verificación de similitud de contenido; por lo tanto cumple con los requisitos teóricos, científicos, técnicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad de Fuerzas Armadas ESPE, razón por la cual me permito acreditar y autorizar para que lo sustente públicamente.

Sangolquí, 30 de octubre 2018

Firma:

Psc. Diana Torres Alcívar
C.C.: 1718058728



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y
TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA

CENTRO DE POSGRADOS

AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, *Montezuma Junia Evelyn Nathaly* con cédula de ciudadanía n° 1720227444 y *Pérez Gómez Ada Luz*, con cédula de ciudadanía n° 0919653667, declaramos que el contenido, ideas y criterios del trabajo de titulación: **ESTRATEGIAS PARA LA GESTIÓN EN LA ATENCIÓN A FAMILIARES PRIMARIOS CON EPISODIO DEPRESIVO DEL PERSONAL ACTIVO DE LA FUERZA PÚBLICA, EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE LOS HOSPITALES DE LAS FUERZAS ARMADAS Y POLICÍA NACIONAL, EN LAS CIUDADES DE QUITO Y GUAYAQUIL (Periodo 2016-2018)**. Es de nuestra autoría y responsabilidad, cumpliendo con los requisitos teóricos, científicos, técnicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad de Fuerzas Armadas ESPE, respetando los derechos intelectuales de terceros y referenciando las citas bibliográficas.

Consecuentemente el contenido de la investigación mencionada es veraz.

Firmas

Sangolquí, 30 de octubre 2018

Montezuma Junia Evelyn Nathaly
C.C.: 1720227444

Pérez Gómez Ada Luz
C.C.: 0919653667



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y TRANSFERENCIA DE
TECNOLOGÍA

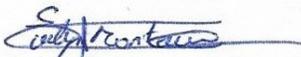
CENTRO DE POSGRADOS

AUTORIZACIÓN

Nosotras, Montezuma Junia Evelyn Nathaly y Pérez Gómez Ada Luz autorizamos a la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE publicar el trabajo de titulación: "ESTRATEGIAS PARA LA GESTIÓN EN LA ATENCIÓN A FAMILIARES PRIMARIOS CON EPISODIO DEPRESIVO DEL PERSONAL ACTIVO DE LA FUERZA PÚBLICA, EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE LOS HOSPITALES DE LAS FUERZAS ARMADAS Y POLICÍA NACIONAL, EN LAS CIUDADES DE QUITO Y GUAYAQUIL (Periodo 2016-2018)." en el Repositorio Institucional, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra responsabilidad.

Sangolquí, 30 de octubre 2018

Firmas


Montezuma Junia Evelyn Nathaly
C.C.: 1720227444


Pérez Gómez Ada Luz
C.C.: 0919653667

DEDICATORIA

La Fortaleza que se necesita para alcanzar cada logro en esta vida la obtuvimos del Todo Poderoso, le dedicamos a Él con humildad cada gota de nuestro esfuerzo.

Evelyn Montezuma y Ada Pérez

AGRADECIMIENTO

A DIOS por las bendiciones y logros alcanzados en el transcurso de nuestro estudio.

A los miembros de nuestra familia por ser los principales motivadores en la obtención de cada meta que nos trazamos.

A la Dra. Diana Torres, por guiarnos acertadamente con sus conocimientos en el desarrollo del presente trabajo y a la Economista Rosita López por dirigirnos con entereza estos años.

Evelyn Montezuma y Ada Pérez

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN	i
AUTORIZACIÓN DE RESPONSABILIDAD	ii
AUTORIZACIÓN.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
INDICE DE FIGURAS.....	viii
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xii
CAPITULO I.....	1
ANTECEDENTES.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVO GENERAL	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
INTERROGANTES.....	8
CAPITULO II	8
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	8
MARCO LEGAL	8
MARCO EPISTEMOLÓGICO.....	11
MARCO CONCEPTUAL.....	11
ESTADO DEL ARTE.....	33

CAPITULO III	38
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	38
ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	38
MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	38
CATEGORÍA DE INVESTIGACIÓN	39
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	39
TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN	40
ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN	40
INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	41
CAPITULO IV	42
RESULTADOS	42
ANÁLISIS:	42
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	101
CONCLUSIONES	101
RECOMENDACIONES	102
CAPÍTULO V	103
PROPUESTA	103
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Mapa del cantón de Quito.....	2
Figura 2 Mapa del cantón de Guayaquil	4
Figura 3 Varios niveles del cerebro con sus síntomas asociados.....	15
Figura 4 Distribución de la depresión.	18
Figura 5 Cambios conductuales y afectivos.....	20
Figura 6 Modelo integrado de la neurología de la depresión.....	21
Figura 7 Fases de investigación	41
Figura 8 Repartición de frecuencias de las características sociodemográficas del personal que labora en contacto con pacientes dependientes con episodio depresivo.....	42
Figura 9 Distribución de la satisfacción en especialistas que dan atención a familiares primarios con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública.....	43
Figura 10 Distribución de frecuencias de las enfermeras y la satisfacción. Hospital de las fuerzas públicas 3	44
Figura 11. Distribución de frecuencias de las auxiliares y la satisfacción. Hospital de las fuerzas públicas 3.	45
Figura 12 Distribución de la satisfacción en las condiciones de bienestar y naturaleza del trabajo del personal del total del personal encuestado que brinda atención a familiares.	46
Figura 13 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atención y	47
Figura 14 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública por cie-10 y por género.	48
Figura 15 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atención y por tipo de usuario	49
Figura 16 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por cie10 y por tipo de usuario.	50
Figura 17 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por cie-10 y por año.	51
Figura 18 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atención en los años y por cie10.....	52
Figura 19 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atenciones y por grupos de edad.....	53
Figura 20 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por cie-10 y por sexo.	54
Figura 21 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atención cie-10 y por años.....	55
Figura 22 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por cie-10 y por tipo de usuario.	56
Figura 23 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de las fuerzas públicas, por tipo de usuario y por cie10.....	57
Figura 24 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por cie10 y por años.....	58

Figura 25 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atenciones y por grupos de edad.....	59
Figura 26 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por cie10 y por sexo.....	60
Figura 27 Atenciones a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atencion y por cie10.....	61
Figura 28 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza, por atenciones y por tipo de usuario.	62
Figura 29 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por tipo de usuario y por cie10.	63
Figura 30 Atenciones a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por cie10 y por año.	64
Figura 31 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública por atenciones y por grupos de edad.....	65
Figura 32 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por cie10 y por sexo.....	66
Figura 33 Atenciones a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atencion y por cie10.....	67
Figura 34 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atenciones y por tipo de usuario.	68
Figura 35 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por tipo de usuario y por cie10	69
Figura 36 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por cie10 y por año.	70
Figura 37 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atención y por grupos de edad.....	71
Figura 38 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por cie10 y por sexo.....	72
Figura 39 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atención y por cie10.	73
Figura 40 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública por atención y por tipo de usuario.	74
Figura 41 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por tipo de usuario y por cie10.	75
Figura 42 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por cie10 y por año.	76
Figura 43 Atenciones a pacientes dependientes con episodio depresivo del personal activo, por atenciones y por grupos de edad.....	77
Figura 44. Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por cie10 y por sexo.....	78
Figura 45 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atención y por cie10.	79
Figura 46 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atenciones y por tipo de usuario.	80

Figura 47 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por tipo de usuario y por cie10.	81
Figura 48 Atenciones a pacientes dependientes con episodio depresivo del personal activo, por cie10 y por año.....	82
Figura 49 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atenciones y por grupos de edad.....	83
Figura 50 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por cie10 y por sexo.....	84
Figura 51 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atencion y por cie10.	85
Figura 52 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atenciones y por tipo de usuario	86
Figura 53 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo o de la fuerza pública, por tipo de usuario y por cie10.	87
Figura 54 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por cie10 y por año	88
Figura 55 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atenciones y por grupos de edad.....	89
Figura 56 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por cie10 y por sexo.....	90
Figura 57 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atencion y por cie10	91
Figura 58 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atenciones y por tipo de usuario.	92
Figura 59 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por tipo de usuario y por cie10.	93
Figura 60 Atenciones a pacientes dependientes con episodio depresivo del personal activo, por cie10 y por año.....	94
Figura 61 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atenciones y por grupos de edad.....	95
Figura 62 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por cie10 y por sexo.....	96
Figura 63 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atencion y por cie10.	97
Figura 64 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atenciones y por tipo de usuario.	98
Figura 65 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por tipo de usuario y por cie10.	99
Figura 66 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por cie10 y por año.	100

RESUMEN

En este estudio se determinan las causas y que integrante de la familia del personal activo de la Fuerza Pública presenta mayor incidencia con un cuadro de episodio depresivo, además de la formación de normas para el manejo de dichos pacientes por parte del personal de salud en las áreas de hospitalización, emergencia y consulta externa en los hospitales de estudio en las ciudades de Quito y Guayaquil de los años 2016 hasta el 2018 agosto. Los datos analizados indican que el familiar que desarrolla más episodio depresivo es la cónyuge del personal activo de la fuerza pública, siendo las causas más relevantes el constante cambio de ciudades (pase) del personal activo de la Fuerza Pública durante su vida laboral, es decir abandono del hogar e hijos; además se presenta otra causa como el alcoholismo, ocasionando problemas familiares y de violencia intrafamiliar. En cuanto al personal de salud los datos indican que, no se cuenta con una adecuada capacitación y normas (manuales o protocolos) para el manejo de dichos pacientes que son atendidos en los diferentes servicios por presentar un episodio depresivo, por lo que se ha planteado propuestas de estrategias gerenciales para el personal de salud en la atención de los usuarios con episodio depresivo en los Hospitales de la Fuerza Pública.

PALABRAS CLAVE:

- ❖ **DEPRESIÓN**
- ❖ **ESTRATEGIA**
- ❖ **ESTRUCTURA FAMILIAR**
- ❖ **SALUD MENTAL**
- ❖ **USUARIO DE SALUD**

ABSTRACT

In this study, the causes and family members of the active personnel of the Public Force have a higher incidence with a depressive episode, as well as the formation of norms for the management of said patients by the health personnel in the areas of hospitalization, emergency and external consultation in the study hospitals in the cities of Quito and Guayaquil from 2016 until 2018 August. The analyzed data indicate that the family member who develops the most depressive episode is the spouse of the active personnel of the public force, being the most relevant causes the constant change of cities (pass) of the active personnel of the Public Force during their working life, that is to say abandonment of the home and children; Other causes such as alcoholism are also present, causing family problems and interfamily violence. Regarding the health personnel, the data indicate that there is not adequate training and norms (manuals or protocols) for the management of these patients who are treated in the different services for presenting a depressive episode, for what has been proposed proposals for management strategies for health personnel in the care of users with depressive episode in the Hospitals of the Public Force.

KEYWORDS:

- ❖ **DEPRESSION**
- ❖ **STRATEGY**
- ❖ **FAMILY STRUCTURE**
- ❖ **MENTAL HEALTH**
- ❖ **HEALTH USER**

CAPITULO I

TEMA DEL PROYECTO

Estrategias para la gestión en la atención a familiares primarios con episodio depresivo del personal activo de la Fuerza Pública, en el Servicio de Psiquiatría de los Hospitales de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, en las Ciudades de Quito y Guayaquil (periodo 2016-2018).

ANTECEDENTES

La presente investigación se realizó en los hospitales de la Fuerza Pública de las ciudades de Guayaquil y Quito.

EL CANTÓN QUITO

El Cantón Quito se encuentra en la Provincia de Pichincha en el norte de Ecuador, fundada en el año 1534, se divide en 9 Administraciones Zonales, las cuales contienen a 32 parroquias urbanas y 33 parroquias rurales y suburbanas. En este cantón las parroquias urbanas se fragmentan en barrios. Aquí existen 2 505 344 habitantes aproximadamente, no se ha tomado en cuenta el Cantón Rumiñahui en este recuento, (Quito, 2018).

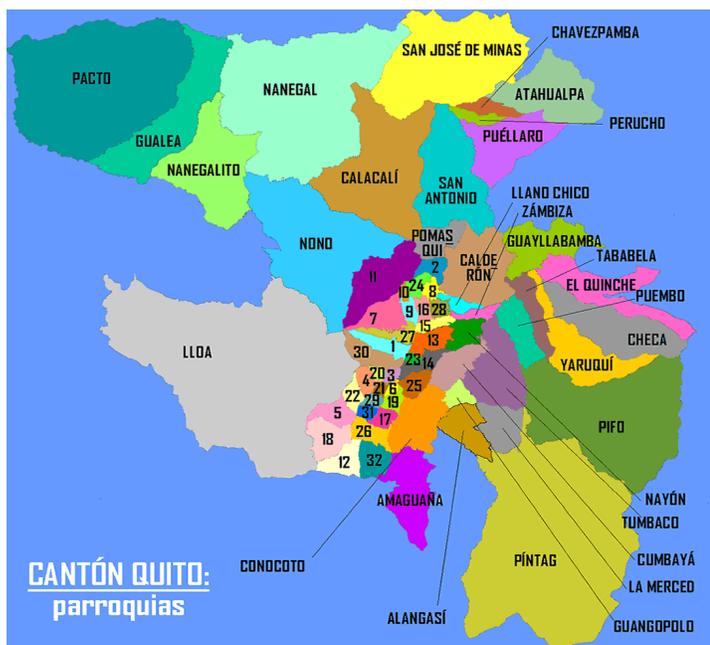


Figura 1 mapa del cantón de Quito

Fuente: Google Imágenes

HOSPITAL DE LA FUERZA PÚBLICA 1.

El Hospital de la Fuerza Pública 1, se encuentra ubicado en Quito Sector Centro-Oriental. Es una institución de salud de tercer nivel, que brinda atención al militar en servicio activo o pasivo, los aspirantes a oficiales, tropa, dependientes y derecho habientes que por haber cumplido con los requisitos contemplados en la ley están calificados como tales, el beneficiario en goce de pensión de retiro, discapacidad, montepío o que recibe pensión del Estado.

Es una unidad operativa que provee atención de salud ambulatoria, de emergencias, y de especialidad cuenta con 48 especialidades y subespecialidades médicas, de referencia y hospitalización en una especialidad o subespecialidad; Este hospital se fortalece con la docencia e investigación en salud, siendo protagonistas el personal que lo conforma.

HOSPITAL DE LA FUERZA PÚBLICA 2.

El Hospital de la Fuerza Pública 2, es un centro de Especialidades, se encuentra ubicado en el Sector Centro-Norte-Occidental, es una institución de tercer nivel, que brinda atención médica y que se encuentra categorizada en el Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad del ISSPOL y en las Resoluciones del Consejo Superior del ISSPOL. Siendo los beneficiarios: personal en servicio pasivo, servicio activo, aspirantes, familiares servicio activo, familiares servicio pasivo, montepío, particular y pasivo; cuenta con las especialidades clínicas: Alergología, Cardiología, Geriátrica, Dermatología, Gastroenterología, Neurología, Nefrología, Hematología, Reumatología, Psiquiatría, Infectología, Fisiatría, Oncología, Clínica, Neonatología, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Neumología, Salud Mental (Psiquiatría y Psicología), entre otras; además de brindar atención en Especialidades Quirúrgicas como: Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Cirugía, Maxilofacial, Cardiotorácica, Traumatología y Ortopedia, Urología, Cirugía Vasculat, Cirugía Plástica, Cirugía Pediátrica, Cirugía Oncológica, Cirugía General, Central de Esterilización, Alimentación y Dietética, Consulta Externa; Unidad de Medicina Crítica como : Emergencia Anestesiología Terapia Intensiva Terapia del dolor Unidad de Diálisis, Unidad de Quemados, Servicio de Emergencia, Terapia Física y Rehabilitación, Laboratorio, Unidad de Diálisis, Farmacia, Centro Quirúrgico Clínica de Heridas Urodinamia y Litotricia (Nacional P. , 2017).

EL CANTÓN GUAYAQUIL

El cantón Guayaquil, cuenta con 2.350.915 habitantes, es una ciudad potencialmente desarrollada en el ámbito mercantil, pertenece a la provincia del Guayas y oferta muchos paraderos turísticos aportando de esta manera con el desarrollo monetario de Ecuador. Su fundación se efectuó el 25 de julio de 1538. En Guayaquil también se desarrollan actividades culturales de alta calidad, esto enriquece al turista que visita la ciudad y a sus pobladores. La ciudad de Guayaquil se fragmenta en 21 parroquias, se subdividen en 16 parroquias en la urbe y 5 parroquias en áreas rurales. Cuenta con vías de primer orden. Reposa entre los 6 a 22 m.s.n.m., 25°C es su temperatura promedio y consta de dos estaciones invierno y verano, la primera va de diciembre a mayo y la segundo de Junio a Noviembre. (Guayas, 2018).



Figura 2 Mapa del cantón de Guayaquil

Fuente: Google Imágenes

HOSPITAL DE LA FUERZA PÚBLICA 3.

Es un Hospital de Especialidades, se encuentra ubicado en el Sector Sur de la ciudad, es una institución de Tercer Nivel, cuenta con 7 pisos. Se ha visto que la demanda de usuarios ha incrementado en el hospital, es por eso que se ha decidido ampliar las instalaciones en tres bloques adicionales de consultorios, empezando desde el año 2004 a construir un anexo para la consulta Traumatología, posteriormente en el año 2008 se construye la nueva área de Medicina Física y Rehabilitación (HOSNAG, 2018).

Tiene 34 años de funcionamiento, posee alrededor de 80 camas disponibles, el personal que lo conforma se esfuerza por dar una atención de calidad en los Servicios de: Clínica, Cirugía, Traumatología, Pediatría, Neonatología, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Diálisis, Observación en Emergencias, Unidad de Medicina Subacuática, Clínica de Especialidades Odontológicas y varias unidades de apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, como; Laboratorio Clínico y de Patología, Centro de Diagnóstico por Imágenes, Centro de Medicina Física y Rehabilitación (HOSNAG, 2018)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia es considerada la célula más importante de la comunidad y unidad fundamental de la sociedad que forma la vida militar y policial; podemos interpretar que, si esta célula se destruye, se corre el riesgo a su vez de verse afectado el desenvolvimiento en las funciones de los militantes. La depresión es un problema de salud mental que puede llevar a la ideación e intento de suicidio y no sólo afecta de gran manera a la persona que la padece, sino también de forma significativa las relaciones con la familia, los amigos y la participación en el mundo laboral, impactando de esta manera la sociedad y por qué no decirlo la economía (Fuhrimann, 2017, pág.

136). Entonces no deja de ser un tema preocupante que, si existe depresión en uno de los miembros de la familia de un uniformado de la Fuerza Pública, pues podría influir de manera significativa en las labores del personal.

El investigar las estrategias actuales y la prevención para el manejo de los episodios de depresión en la familia de los uniformados, será de gran utilidad en el avance gerencial y administrativo de las Unidades Hospitalarias de cada Fuerza. Este estudio se realiza debido a que es de gran impacto social pues la depresión es un problema que a nivel mundial ocupa los primeros lugares en el diagnóstico de enfermedades que comprometen la salud mental, lo que ocasiona importantes desembolsos económicos para los sistemas de salud.

Queremos determinar cuáles son los desencadenantes de episodios depresivos en los familiares del personal activo de la fuerza públicas, teniendo en cuenta que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada dólar invertido en la ampliación del tratamiento para la depresión y la ansiedad conduce a un retorno de 4 dólares en mejor salud y habilidad para trabajar, esto nos motiva al desarrollo de nuestra investigación, para con estos resultados plantear estrategias para el beneficio de los usuarios de las unidades de salud anteriormente mencionadas.

La depresión es una patología que se trata en Hospitales de las Unidades de Salud de la Fuerza Públicas, se ha evidenciado que la familia de los militantes puede padecer de episodios depresivos debido al abandono recurrente por el despliegue laboral en su personal como son: cambio de provincias, domicilio, amistades, colegios para sus hijos y demás. A esto se suma si el personal de la fuerza pública ha sido afectado psicológica, físicamente en el cargo de sus funciones, teniendo como consecuencia daños en los lazos afectivos que mantienen los miembros (Guachichullca Ordoñez & Gómez Calero, 2017, pág. 144).

Esta investigación nos permitirá saber cuál es la prevalencia, causas y grupo más afectado por el episodio depresivo en los familiares del personal activo de la Fuerza Pública. En estas instituciones, al término de este estudio podremos establecer propuestas de estrategias gerenciales que permitan sugerir cambios e implementar protocolos en el personal de salud para el manejo y cuidado de los pacientes que presentan un episodio depresivo.

OBJETIVO GENERAL

Proponer estrategias para la gestión en la atención a familiares primarios con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, en el servicio de psiquiatría de los hospitales de la Fuerza Armada y Policía Nacional, en las ciudades de Quito y Guayaquil (periodo 2016-2018).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir los principales factores de riesgo del episodio depresivo en familiares del personal activo de la Fuerza Pública.
- Determinar que integrante de la familia del personal activo de la Fuerza Pública, presenta mayores atenciones en los servicios de emergencia, consulta externa y de hospitalización por episodio depresivo.
- Cuantificar los casos atendidos por episodio depresivo en familiares primarios del personal activo de la Fuerza Pública.
- Medir la percepción de la satisfacción en las condiciones de bienestar y naturaleza del trabajo del personal que labora en el servicio de psiquiatría brindando atención al paciente con episodio depresivo.

- Crear una estrategia para mejorar la atención en familiares primarios del personal activo de la Fuerza Pública con episodio depresivo.

INTERROGANTES

Para la siguiente investigación nos planteamos las siguientes preguntas que serán contestadas al desarrollar nuestra investigación.

- ¿Cuáles serán las estrategias para la gestión en la atención a familiares con Episodio Depresivo, del personal activo de la Fuerza Pública, en los centros hospitalarios de las ciudades de Quito y Guayaquil (periodo enero a junio del 2018)?
- ¿Cuáles son las estrategias actuales empleadas para la gestión en la prevención en familiares con Episodio Depresivo, del personal activo de la Fuerza Pública, en los centros hospitalarios de las ciudades de Quito y Guayaquil?

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

MARCO LEGAL

Nuestra investigación se basó bajo las normativas, leyes vigentes del país, protocolos de salud mental del Ministerio de Salud Pública y la Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y para el uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.

Constitución de la República del Ecuador

Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado: 1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos

internacionales, en particular la educación, *la salud*, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

Art. 16.- Para la aplicación de esta Ley, se entiende:

d) Por dependiente, al familiar del militar, calificado como tal, de conformidad con la Ley, receptor de los servicios sociales y con posibilidad de acceder a las prestaciones que concede el ISSFA, en virtud de los derechos generados por el afiliado.

Art. 17.- El ISSFA concede a sus afiliados las siguientes prestaciones:

- a) Seguro de Retiro, Invalidez y Muerte;
- b) Seguro de Cesantía;
- c) Seguro de Enfermedad y Maternidad;
- d) Seguro de Mortuoria;
- e) Seguro de Vida y Accidentes Profesionales; y,

f) Fondo de Reserva.

Otorga los servicios sociales de: educación, subsistencia, vivienda, crédito, de funerales, albergue, guardería, capacitación, readaptación y recreación.

Art. 18.- Tienen derecho a las prestaciones y servicios sociales contemplados en la presente Ley:

a) El militar en servicio activo;

b) El militar en servicio pasivo que cumple con todos los requisitos legales y es calificado como pensionista; y,

c) Los familiares dependientes y los derechohabientes, calificados como tales, de conformidad con la presente Ley.

Ley Orgánica De La Policía Nacional

Art. 60.- La Dirección Nacional de Bienestar Social, tiene por objeto estimular el más alto nivel moral del personal y sus familiares, para cuyo efecto le corresponde: a) Proporcionar asistencia social, moral y religiosa; b) Facilitar el desenvolvimiento deportivo y recreativo; c) Proporcionar asistencia legal a través de los abogados auxiliares y dar facilidades para adquisición de vivienda y alojamiento; y, d) Establecer y mejorar los servicios de comisariatos y almacenes.

Art. 61.- La Dirección Nacional de Salud, es la encargada de dirigir y administrar el servicio de Sanidad de la Policía Nacional, con el propósito de mantener el más alto nivel de salud de los miembros de la Policía Nacional, en servicio activo y situación de retiro, de sus familiares y de los contratados civiles, de conformidad con la Ley y los reglamentos respectivos.

Sus fines son: a) Mantener al servicio sanitario con el equipo necesario para proporcionar la mejor asistencia al personal; b) Dar las normas profilácticas y de higiene indispensable, a fin de proteger la salud del personal; c) Asesorar en la determinación de necesidades, adquisición de medicinas, la recepción y distribución, normas de mantenimiento y utilización del equipo de medicinas; d) Selección y control psico - físico del personal; y, e) Dar normas generales de administración para el correcto Funcionamiento de los establecimientos de sanidad de la Policía Nacional.

MARCO EPISTEMOLÓGICO

El presente estudio tiene como propósito determinar el elemento de la familia y las principales causas para presentar un Episodio Depresivo en los familiares del personal activo de las Fuerza Pública, a partir de una investigación retrospectiva, descriptiva cualitativa, siendo nuestro año de investigación 2016, 2017 y 2018 hasta agosto, en el área de psiquiatría en los servicios de hospitalización, emergencia y consulta externa de los hospitales en estudios.

MARCO CONCEPTUAL

Depresión. – esta patología es muy común y principalmente se evidencian estados de tristeza, pérdida de interés, no tiene autoestima, el individuo no puede concentrarse, al realizar sus actividades cotidianas se siente agotado (OMS).

Estrategia. - Se definen como los procedimientos (métodos, técnicas, actividades) para direccionar acciones de forma consciente para construir y obtener metas relevantes que satisfagan a los involucrados.

Estructura Familiar. – son reclamos utilitarios que no se constatan físicamente y que se generan en dependencia de la relación de los integrantes.

De prestaciones de salud y bienes, se entiende por paciente a toda persona que recibe atención de la salud.

Usuario externo/ paciente: Es toda persona que demanda atención de salud, es la razón de ser de la institución y requiere el esfuerzo y acciones pertinentes para lograr su bienestar.

Usuario interno/ trabajador del hospital: Es toda persona en el interior de una institución/ hospital, este debe tener información para entender su labor desde su punto de vista de la institución y del paciente/usuario, debe proporcionar información al usuario externo para brindarle satisfacción y mejorar su estado de salud.

DEPRESION EN EL MUNDO

Según la Organización Mundial de la Salud se define a la Salud Mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede conllevar las situaciones difíciles de la vida que se suscitan normalmente, y es capaz de apoyar al desarrollo su comunidad. Además, define a la depresión como una patología en la que principalmente se evidencian estados de tristeza, pérdida de interés, no tiene autoestima, el individuo no puede concentrarse, al realizar sus actividades cotidianas se siente agotado .

Por ello, La Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió dedicar el día 13 de enero de cada año como el “día mundial de la lucha contra la depresión”, esto se lo realiza debido a que la depresión aqueja aproximadamente a más de 50 millones de personas a nivel mundial, procedentes de todas las edades y condiciones sociales. Se indica, además, que Ecuador es el undécimo país con más casos de depresión y el décimo por casos de desórdenes de ansiedad en Latinoamérica. De esta manera para la OMS, la depresión es la enfermedad que más contribuye a la discapacidad en el mundo (es el 7,5 por ciento) mientras que los trastornos de ansiedad ocupan

el sexto lugar (esto es un 3,4 por ciento). Se agrega también que es la primera causa entre las muertes por suicidio: 800.000 al año.

En las mujeres se ve el mayor número de casos, ya que los estudio demuestran la presencia de depresión en un 4,6 por ciento; mientras que en los hombres se evidencia en un 2,6 por ciento.

Según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), en el 2015 reporta que el 64% de las personas atendidas por depresión fueron mujeres. Las edades que reportaron más casos por episodio depresivo fueron entre 19 a 59 años con un 73,5% de los casos suscitados. En las instituciones de salud del Ecuador, 2.088 personas fueron atendidas por enfermedades depresivas de las cuales 1.339 fueron mujeres y 749 hombres. Así también el número de psicólogos y psiquiatras creció 198% en 9 años al pasar de 487 en 2006 a 1451 en 2015 (INEC, 2015). Sin embargo en el 2016 se reportaron un total de 8.352 egresos hospitalarios por trastornos mentales y de comportamiento de estos 1.084 fueron por episodios depresivos (INEC, 2016).

RIESGOS PARA LA SALUD

En el continente Americano, se estima que siete de cada diez individuos que adolecen de depresión, lamentablemente no perciben la atención imprescindible. "Debemos actuar ahora para cerrar la brecha que separa a las personas con trastornos mentales de los servicios de salud que necesitan" (OMS, 2017).

Es conocido que la depresión también es un factor de riesgo importante para el suicidio, que reclama cientos de miles de vidas cada año, es por esto que para reducir los riesgos mayores que conlleva la depresión es necesario e importante que se alerte mediante educación a la ciudadanía sobre los posibles síntomas: pérdida de ánimo para realizar las actividades cotidianas, aumento o

pérdida del apetito, dormir más de lo normal o insomnio, ansiedad, dificultad en la concentración, indecisión, inquietud, baja autoestima, culpa o desesperanza, y pensamientos de automutilación o suicidio.

Se toma como referencia el CIE 10, literal F33 en donde se define como un trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión que pueden mostrar síntomas de episodio depresivo leve, moderado o episodio grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de las pautas de manía. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables y F32 que expresa que los episodios depresivos típicos en el individuo que las padece adolece de carácter para gozar de actividades que normalmente realiza, existe agotamiento marcado incluso al ejecutar actividades que no demanda de mayor esfuerzo.

DEPRESIÓN

En sí la depresión es uno de los desórdenes clínicos más frecuentes en la población en general, la depresión se incluye en los grupos de los trastornos afectivos, dado que una característica de la misma es la alteración de la capacidad afectiva, siendo no solo la tristeza sino también de dar afecto o recibirlo de quienes nos rodean (Agudelo Vélez & Casadiegos Garzón, 2011, págs. 34-39).

En la Guía de Intervención MHGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, se define a una persona con depresión como aquella que tiene dificultades para realizar su trabajo usual, sus actividades escolares, domésticas o sociales. Existen individuos con depresión que presentan también síntomas de ansiedad y síntomas somáticos sin explicación médica clara (OMS, 2017).

La depresión provoca un nivel de angustia entre quienes la padecen que puede afectar su capacidad para realizar las tareas cotidianas, incluso las más simples. Daña en forma significativa las relaciones con la familia, los amigos y la participación en el mundo laboral, con el consiguiente impacto económico y social (Fuhrimann, 2017, pág. 43).

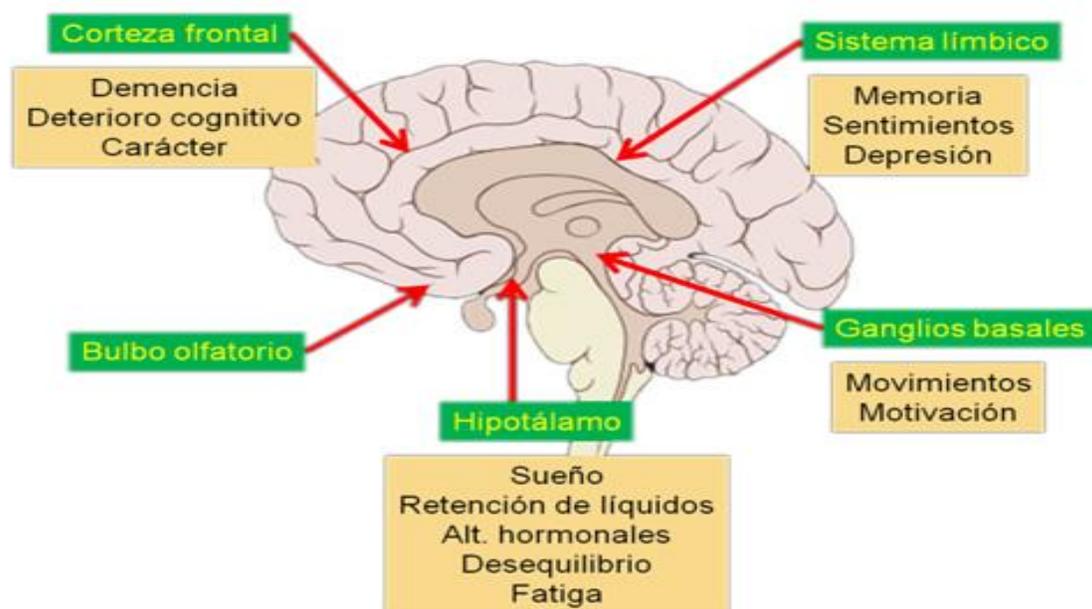


Figura 3 Varios niveles del cerebro con sus síntomas asociados
Fuente: (Briceño Castillo & Tusa Jumbo, 2017, pág. 985)

CURSO DE LA ENFERMEDAD

La depresión en sus múltiples etapas se encuentra presente en ciertos individuos desde las edades tempranas y después de mucho tiempo de superar el cuadro depresivo se puede experimentar nuevos eventos depresivos. Por ejemplo, el trastorno depresivo mayor no se presenta de modo exclusivo en la vida adulta, sino en un gran porcentaje los pacientes tienen su primer episodio depresivo mayor durante la infancia y la adolescencia, en estos casos es común

observar que los individuos sigan experimentando episodios depresivos a lo largo de toda su vida.

NEUROQUÍMICA DE LA DEPRESIÓN

FISIOLOGÍA

Existen muchas teorías que se refieren a la fisiología de la depresión, es un tema muy complejo, cada año se presentan nuevos estudios que avalan las depresiones hereditarias o endógenas, esto ha ocasionado un aporte importante en el tratamiento terapéutico a beneficio del ser humano. Otra realidad es también el aumento de los casos de depresión a nivel mundial y en edades tempranas, todo esto conlleva a continuar con investigaciones fisiológicas.

La depresión se produciría a causa de defectos a nivel central por un desequilibrio de la serotonina (5HT), dopamina (DA) y norepinefrina (NA) ya que el cerebro no respondería normalmente por anomalías en sus diversas funciones. En la conexión de millones de neuronas que se conectan entre sí durante la sinapsis intervienen varios neurotransmisores y sustancias químicas hasta las terminaciones nerviosas, esto a su vez genera en el ser humano actuaciones de carácter cognitivo, conductual, social y emocional, cuando haya variación ya sea aumento o disminución de algún neurotransmisor ocurre una patología ya sea mental o física. Es así que se dice que la depresión empezaría por fallos endógenos bien sean heredados genéticamente o por trastornos funcionales del cerebro.

Serotonina.- su trabajo lo realiza con neuronas del núcleo del Rafe las que se encuentran en el bulbo raquídeo, cumple la función de neurotransmisor, se encarga de funciones como la conducta, movimiento, función motriz, apetito, apreciación del dolor, actitud sexual, ciclo de vigilia-sueño, secreciones endócrinas, entre otras que con una disminución de la misma afectará

sin duda a todo lo mencionado, dejando a la persona con una disminución o pérdida total de voluntad de ejecutar acciones o ejercer bien aspectos biológicos necesarios para que el individuo tenga equilibrio emocional.

Dopamina. - es una catecolamina inhibitoria localizado en el Locus Níger de la Hipófisis, su función es mantener en estado de alerta a la persona, la literatura refiere que cuando hay una transformación en la misma se generan estados catatónicos, pérdida de motivación y conductas inactivas.

Noradrenalina. - la encontramos en el núcleo del encéfalo denominado Locus Coeruleus, que también abarca la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal; cumple funciones como la vigilia, niveles de estrés, conducta psicomotriz, y alerta para que el organismo sobreviva, si hay modificación de este neurotransmisor se podría explicar síntomas de la depresión como inhibición, y dolores físicos por el no control del estrés.

PSICOPATOLOGÍA

Según la guía para el diagnóstico Psicológico Clínico del Dr. Lucio Balarezo y la Dra. Sylvia Mancheno, el estado de ánimo es la manera de expresar la vida afectiva en forma prolongada o permanente y que caracteriza a nuestra personalidad en cuanto nos manifestamos en el ambiente social. Puede durar minutos, horas, días o largo tiempo de nuestra vida, dando unas características de un buen estado de ánimo y a otros de un mal estado de ánimo.

CAMBIOS ENDOCRINOS

Hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA). - los trastornos del funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), se refiere a un trastorno en la secreción de cortisol. La prueba de supresión de cortisol con dexametasona, al inicio de las investigaciones se empleaba

como prueba diagnóstica para depresión. Tenemos un conjunto de neuronas que proporcionan el péptido llamado factor liberador de corticotrofina (más conocido por la sigla CRF derivada de su nombre en inglés: "corticotrophin releasing factor"). El CRF es llevado hacia la hipófisis a través del torrente hipotálamo-hipofisaria portal. Cuando se encuentra en la hipófisis estimula a las células productoras de la hormona adenocorticotrofina (ACTH), esta se traslada hacia la circulación periférica y motivan a la corteza suprarrenal para que genere glucocorticoides como el cortisol. Los glucocorticoides, a su vez, ejercen retroalimentación negativa en la hipófisis anterior, hipotálamo e hipocampo, mediante la estimulación de receptores de glucocorticoides. De este modo, la cantidad de corticoides es mantenida dentro de un nivel normal, permitiendo así saber si se encuentra alterada y puede identificar pacientes con una anomalía del eje HHA. (Silva, 2002).



Figura 4 Distribución de la depresión.

Fuente: Neurobiology of Depression Mind and Body

Hipotálamo-hipófisis-tiroideo (HHT) Se refiere un aplanamiento del ritmo circadiano de la secreción de hormona tiroidea, con pérdida del pico normal de secreción nocturno de la hormona estimulante de la tiroides (TSH). Algunos pacientes depresivos tienen elevadas concentraciones de hormona liberadora de tirotrófina (TRH) en el líquido cefalorraquídeo. La hipersecreción de TRH puede llevar a regulación a la baja de los receptores de TRH en las células tirotróficas de la hipófisis anterior, lo que explicaría la respuesta aplanada de TSH a la administración de TRH exógena, anormalidad que ha sido ampliamente documentada. Esto sugiere que los elevados niveles de TRH en el líquido cefalorraquídeo de pacientes depresivos pueden representar una reacción compensatoria más que tener un papel causal en la depresión. Presentar niveles hormonales normales de hormonas tiroideas y sin disfunción tiroidea evidente pueden tener niveles elevados de anticuerpos tiroideos, lo que indicaría la existencia de tiroiditis subclínica, la que puede estar asociada con cuadros depresivos (Gonzales, Risco , & Garay , 2015).

Hormona del crecimiento se produce en la hipófisis anterior y se relaciona con el crecimiento somático. Es afectada por el estrés. Se evidencia que la secreción de la hormona del crecimiento es controlada por dos péptidos hipotalámicos: la hormona liberadora de hormona del crecimiento que tiene un papel estimulante, y la somatostatina que tiene un papel inhibitorio. Se menciona en la literatura que los pacientes depresivos tienen un aplanamiento de la curva de secreción diurna de hormona del crecimiento y en especial del pico nocturno. Este aplanamiento puede ser consecuencia del sueño fragmentado que presentan los pacientes depresivos.

Alteraciones del sistema inmune la existencia de una comunicación recíproca entre el sistema inmune y el sistema nervioso central, la que se efectúa mediante unas series de hormonas,

transmisoras y péptidas. El estrés psicológico y los trastornos psiquiátricos severos afectan la respuesta inmune y el curso de las enfermedades mediadas por este sistema (Miller, 1998).

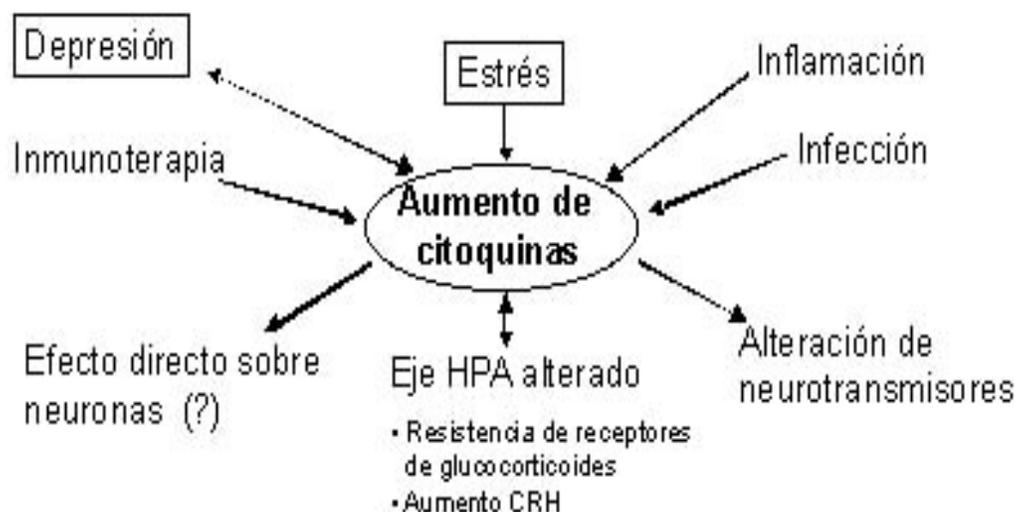


Figura 5 Cambios conductuales y afectivos
Fuente: adaptado de Sadek y Nemeroff, 2000

Al parecer, los estresores pueden tanto incrementar como disminuir la respuesta inmune, dependiendo si el estrés es agudo o crónico y del tipo de componente estudiado. Por otra parte, las alteraciones del sistema inmune inducidas por la depresión varían dependiendo de la severidad clínica, de la edad y del sexo del paciente. Por ejemplo, los pacientes viejos y con depresión severa tienen una disminución del número de células CD4. En la depresión parecen jugar un papel importante los mediadores inmunes denominados citoquinas (interleuquinas, interferón y factor de necrosis tumoral). En los pacientes depresivos se han encontrado niveles elevados de citoquinas pro inflamatorias. Estas citoquinas podrían activar el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal de un modo directo a través de sus efectos sobre CRF, o indirectamente a través de volver resistente al receptor de glucocorticoides, lo que puede llevar a una hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. Como ya se ha señalado, esta hiperactividad de CRF y del eje

hipotálamo- hipófisis-adrenal puede contribuir a la génesis de los trastornos del estado de ánimo. Por otra parte, las citoquinas proinflamatorias pueden alterar los sistemas de transmisión monoaminérgicas en varias regiones cerebrales, por ejemplo reduciendo la disponibilidad de L-triptófano, que a su vez lleva a una reducción de los niveles de serotonina. (Cassano & Argibay, 2010, pág. 190)

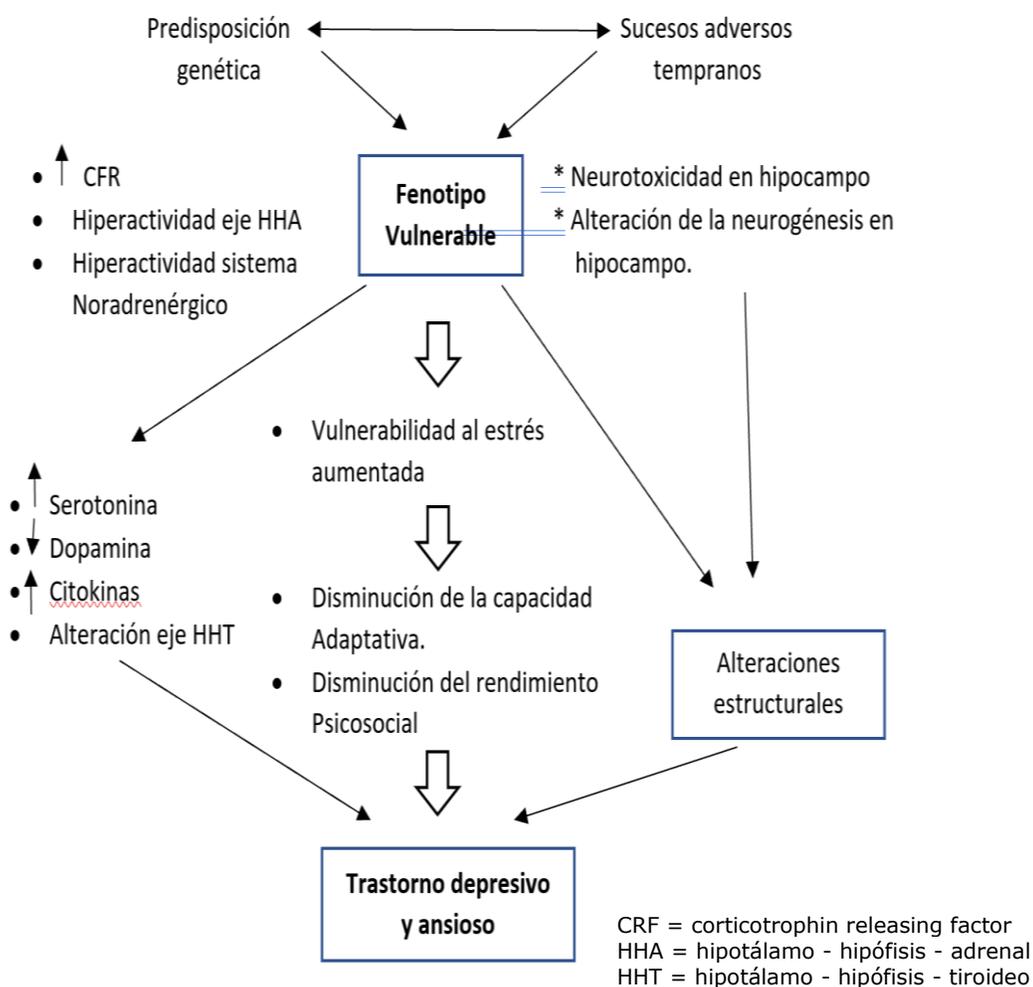


Figura 6 Modelo integrado de la neurología de la depresión
Fuente: (Briceño Castillo & Tusa Jumbo, 2017, pág. 985)

CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Episodio depresivo leve presentan la pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las actividades laborales y sociales, aunque no los dejen por completo.

- a) **Episodio depresivo moderado** suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando las actividades sociales, laborales o domésticas, a esto se suman los síntomas del episodio depresivo leve.
- b) **Episodio depresivo grave** el enfermo suele presentar una considerable angustia agitación, una pérdida de la estimación de sí mismo, sentimientos de inutilidad, culpa, existe riesgo de suicidio, principalmente en los pacientes de sexo masculino, por lo que estos pacientes deben ser valorados constantemente e incluso de hospitalización.

TIPOS DE DEPRESIÓN

La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo, para el diagnóstico del episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad se necesitan de alrededor de dos semanas, pero cuando los signos son muy fuerte o graves posiblemente son lapsos más cortos.

Es necesario distinguir los tipos de depresión para realizar un mejor control:

- a) **Distimia** .- es estimada una depresión leve ya que no interfiere en las acciones diarias del individuo, aunque los síntomas se encuentran presentes por largos períodos de tiempo, por eso se considera recurrente.
- b) **Desorden bipolar**, antes considerado como **maniaco depresivo**. El individuo presenta alteraciones en el humor, puede ir repentinamente de estados altos a bajos.

- c) **Depresión mayor** este tipo de depresiones pueden llegar a interrumpir las actividades que normalmente se realizan en el diario vivir, por ejemplo: trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que, en circunstancias normales, deberían resultar placenteras, tiene un alto porcentaje de sufrir recaídas.
- d) **Ciclo maniaco**, en estos individuos se presenta vigorosidad y estado psicótico cuando no se trata la manía.
- e) **Depresión post-parto**. Puede suceder unos días o incluso meses después del alumbramiento de cualquier hijo, una deformidad severa del post-parto es la condición "baby blues" - tristeza, desesperanza, ansiedad, irritabilidad - destacan la tristeza profunda, el insomnio, el letargo y la irritabilidad, pero los siente con mucha más intensidad, incluso no son capaces de tomar decisiones sencillas. los síntomas pueden empeorar y durar hasta 1 año, por lo que debe ser tratada con medicamentos y asesoramiento.

En ciertos estudios se muestran a las madres con trastorno depresivo con alta posibilidad de tener hijos con trastorno negativista, aún falta indagar más sobre si la depresión materna es la causa o el resultado del comportamiento negativista de los niños (DSM-IV, 1994, pág. 97).

f) Depresión asociada

La depresión puede estar presente con otros problemas tale como: el abuso o la dependencia del alcohol o de otras sustancias. De hecho, el Instituto Nacional de la Salud Mental de Estados Unidos (2009) menciona la coexistencia de la depresión con patologías de trastornos del ánimo y la adicción a sustancias son dominantes entre sus habitantes. Adicionalmente refiere patologías como: derrame cerebral, cáncer, VIH/SIDA, diabetes,

enfermedades cardíacas, y la enfermedad de Parkinson están relacionadas con la depresión, además de obtener evidencias de mejorar la enfermedad ocurrente con el control y tratamiento de la depresión.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DEPRESIÓN

Se presentan los criterios diagnósticos, los cuales son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE), además de emplear la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM). Para realizar el diagnóstico de la depresión es necesario trabajar exhaustivamente en la anamnesis, examen físico, examen psicológico de salud y pruebas de laboratorio, de esta manera podremos llegar a un diagnóstico diferencial y apreciar otras comorbilidades médicas de esta manera se puede brindar un tratamiento eficiente. Se pueden evidenciar diferentes patologías que podrían causar confusión al monto de diagnosticar depresión (MSP, 2017, págs. 26-27).

CAUSAS DE LA DEPRESIÓN.

Las causas de la depresión con multifactoriales, existen personas que poseen mayor tendencia a padecer esta patología que otras que otra.

Herencia. Historia familiar de la enfermedad, no todas las personas que padecen depresión desarrollarán la enfermedad, pero la presencia de antecedentes de depresión en el ámbito familiar de padres o hermanos incrementa en un 25-30% la probabilidad de sufrir depresión lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica.

Factores Bioquímicos, Las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro a nivel de las uniones neuronales los patrones de

sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, conocidas como neurotransmisores. Además, se ha relacionado especialmente con un descenso de los niveles de serotonina. Se evidencian patologías endócrinas que pueden predisponer a la depresión, tales como:

- a) Migraña.Hipertiroidismo.
- b) Enfermedad de Adisson.
- c) Amenorrea hiperprolactinémica
- d) Diabetes.
- e) Síndrome de Cushing.

Situaciones estresantes, para algunos individuos existen diversidad de causas para desencadenar en episodios depresivos, pero las más frecuentes son: problemas de pareja, divorcios, problemas económicos, lo que posiblemente conlleva a una depresión clínica. En la Policía Nacional ecuatoriana se realizó un estudio con el propósito de disminuir los casos de depresión e intento de suicidio en el que se evidenciaron las siguientes causas: violencia intrafamiliar, infidelidad, separación de la pareja, divorcio, problemas económicos, agresiones físicas y verbales, y la pérdida de un miembro ya sea este pareja o familiar.

Personalidad, presentan baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión. En un estudio realizado en nuestro país en la ciudad de Machala acerca de la relación entre el tipo de personalidad y el nivel de depresión, se pudo evidenciar que las personalidades del tipo Anancástico y Ciclotímico se presentaron con mayor frecuencia en el nivel de depresión leve. Por otro lado los tipos de personalidad Paranoide y Anancástico fueron frecuentes en el nivel de depresión moderada y concluye el estudio con las personalidades Evitativo y Paranoide

que son más frecuentes en el nivel de depresión grave (Briceño Castillo & Tusa Jumbo, 2017, pág. 985) .

Depresión según edad y sexo. Existen amplias diferencias entre las mujeres y los varones en aspectos de salud que están estrechamente ligado a los cambios hormonales que se presentan a lo largo de su desarrollo lo cual provoca cambios fundamentales en los ámbitos familiar, social y psíquico.

La depresión en la mujer. Las estadísticas muestran que las mujeres padecen más depresión que los hombres, esto se debe a que existen diferencias biológicas entre ambos. Los cambios hormonales, tales como estrógeno y progesterona parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres. Los cambios en los niveles hormonales se producen durante una serie de acontecimientos que están asociados a la depresión, en particular los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, del parto, la menopausia, la utilización de los anticonceptivos, el mantenimiento del hogar y un empleo. Asimismo, ciertos sucesos traumáticos como violaciones y otras formas de abuso sexual pueden contribuir a la incidencia creciente de la depresión en mujeres. Según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos en el 2016 se atendieron alrededor de 651 casos de episodios depresivos en mujeres (INEC, 2016).

La depresión en el hombre. Se presenta con más probabilidad en las mujeres, pero a pesar de eso los hombres muestran los síntomas con menor claridad, esto no quiere decir que no lo presenten, sino que es más complejo que admitan que tienen depresión. Por lo tanto, el diagnóstico puede ser más difícil de hacer, por eso, en lugar de los síntomas clásicos es frecuente que la revelen mediante el alcoholismo u otros abusos en ciertas sustancias, y mediante comportamiento

antisocial. También puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer.

La depresión en la niñez. No es muy común, aunque los abusos físicos, pérdidas de seres queridos o al presentar depresión un miembro de la familia presentan un alto riesgo. Normalmente el niño no muestra síntomas típicos de depresión, si no l enmascara con agresividad, irritabilidad, mala conducta escolar y problemas de salud, por tal motivo a veces el niño tiene un cambio de comportamiento marcado que preocupa a los padres, o el maestro menciona el cambio brusco de la forma de ser del niño indicando que ya no es el mismo, por ello muchas de las veces intentan comprender o justificar con los cambios normales que varían de acuerdo a la niñez y su desarrollo.

La depresión en los adolescentes. En esta etapa es donde presenta importantes cambios hormonales, se debilitan los lazos familiares, son autocríticos y sufren de baja autoestima, por ello al igual que en los niños, se suele manifestar con problemas en el colegio, cambios repentinos en el humor o en el comportamiento sin sentido, incapacidad de recuperarse tras una decepción, que pueden llegar a expresar sus sentimientos de ira o indiferencia bebiendo o consumiendo drogas, causando problemas de concentración y sus pensamientos negativos probablemente los están llevando a suponer erróneamente que son fracasados .

La depresión en el adulto mayor, se produce la depresión como una reacción al deterioro físico o la pérdida de amigos, familiares o de actividades que anteriormente producían placer y que hay que abandonar a ciertas edades, se tiende a considerar la perdida de parte de su vitalidad y están tristes "por la edad", lo que provoca que muchos casos no se diagnostiquen, ni se trata y causa un sufrimiento

innecesario para el anciano y para su familia. La persona puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades que lo realizaban con normalidad.

Adicionalmente en el adulto mayor se evidencian trastornos alimenticios en especial por la capacidad disminuida de controlar la alimentación, ingieren porciones muy bajas de comida que no es muy raro ver la presencia de desnutrición o también la llamada “anorexia del envejecimiento” lo que podría llevarlos a un estado de depresión. Por todo lo anteriormente mencionado se debe acertadamente diferenciar de patologías tales como: demencias, hipotiroidismo, hipertiroidismo, cáncer de páncreas, enfermedad de Addison, tumores cerebrales, avitaminosis, desnutrición, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, trastorno afectivo bipolar, trastorno de adaptación, Parkinson, ingesta de medicamentos, entre otros (MSP, 2017, pág. 46) .

Residentes en ciudades y factores ambientales. No se sabe con exactitud por qué, pero los habitantes de áreas urbanas se deprimen más que los ambientes de áreas rurales, así como influyen en la depresión los ambientes lluviosos y/o sombríos que los soleados, los ambientes cerrados que los al aire libre, sin embargo, incide aún más los ámbitos personales, laborales y familiares, que tenga el individuo, además si se encuentra en una situación de dependencia o consumo habitual de alcohol, tabaco, drogas.

Enfermos crónicos: al saber que se padece de una enfermedad crónica es normal sentir tristeza que no afecta nuestras actividades diarias o las relaciones familiares, sin embargo, algunos individuos sí pueden llegar a la depresión. Como se menciona en el estudio colombiano (Prevalencia de trastornos del afecto y ansiedad, en personas en condiciones crónicas) que “...se debe tener en cuenta que las personas con comorbilidades de trastornos mentales y afecciones crónicas demandan más atención en salud, y esto a su vez genera más costos; por otra parte, el

tratamiento de la depresión lleva a una mejoría sintomática más rápida con el consecuente restablecimiento del funcionamiento del sujeto” (Tamayo Martínez, Gómez Restrepo, Ramírez, & Nelcy Rodríguez, 2015, pág. 143). Esto nos encamina al especial cuidado de la salud mental en los pacientes con patologías crónicas.

Drogas y alcoholismo: Un alto porcentaje de las depresiones especialmente en los hombres que presentan alto consumo drogas depresivas, entre las que se encuentra el alcohol, los narcóticos, los sedantes y los tranquilizantes, los mismos que son consumidos ante situaciones de problemas en su ambiente laboral, familiar y social.

IDENTIFICACIÓN DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

Estado de ánimo que puede variar a lo largo del día, con episodios de llanto, ser más callado, distante, serio, aislado o irritable, sentir que solo a él lo ocurren todas las cosas malas o el ser el causante de las mismas.

Perdida de interés en las actividades que antes le gustaba realizarlas, presenta dificultad para interactuar con los amigos y familiares y cada día se llegara a sentir peor.

Sentimiento de culpa es frecuente que se sienta una forma de castigo al pensar en cosas o situaciones que se hicieron o dejaron de hacer en el pasado, llegando a sentirse deprimidos, es decir ideas fuera de juicio de realidad, incluso existen alucinaciones auditivas.

Ideas suicidas en los pacientes con depresión se presenta con alta frecuencia, a pesar de estar en tratamiento médico.

Insomnio y otros trastornos del sueño es la manifestación más típica que se presenta en la última parte de la noche es decir a 03:00 de la madrugada ocasionando que se presenten varios

pensamientos pesimistas y de importancia logrando que sea difícil o imposible volver a conciliar el sueño, por lo que se siente con gran estado de adinamia, debilidad y lentitud psicomotriz.

Disminución de energía se presenta con gran dificultad para moverse, arreglar, asearse, para iniciar labores mínimas, también dificulta las actividades de entrevistas laborales.

Agitación psicomotriz y ansiedad psiquiátrica es decir se presenta movimientos de las manos o los pies de manera inquieta, juguetean con los cabellos, se secan las manos, se levanta y se sienta, se pone nervioso.

Malestares físicos presenta una serie de malestares, poco sistematizado, cefalea, dispepsia boca seca náusea, suspiros excesivos, malestares musculares.

Alteraciones gastrointestinales y pérdida de peso presenta bajo apetito con disminución de peso corporal.

Disminución del deseo sexual se presenta disfunción eréctil en el hombre y anorgasmia en la mujer.

Manifestaciones diversas puede ser de tipo hipocondríaco es decir busca explicaciones en el funcionamiento de sus diferentes órganos y sistemas.

TRATAMIENTO

Medicación Antidepresivos

Todos los antidepresivos actúan directamente sobre el sistema nervioso, aumentando la cantidad de importantes neurotransmisores que mejoran el estado de ánimo. Sin embargo, estos medicamentos no son todos iguales, por ello su efecto adverso es diferente en cada organismo a pesar de que no son muy comunes, por eso es importante clasificarlos de acuerdo con su mecanismo de acción

Estos medicamentos deben ser prescritos por un profesional de salud con las dosis correctas para el organismo de cada persona, los mismos que necesitan tiempo para que alcancen todo su potencial, es decir, no actúan sobre nuestro organismo de manera inmediata, después de haber iniciado el tratamiento, comenzaremos a sentir mejoría en 3 o 4 semanas, algunas personas pueden llegar a tardar incluso de 6 a 8 semanas antes de sentir su acción benéfica, por tal motivo los antidepresivos no crean hábito, ni cambian nuestra personalidad. Ellos nos ayudan a tener un mejor estado de ánimo, así como a mejorar nuestros patrones de apetito y sueño.

Los antidepresivos se utilizan para corregir desequilibrios en los niveles de las sustancias químicas del cerebro, especialmente la serotonina, un químico cerebral que transmite mensajes en el área del cerebro que controla las emociones, la temperatura corporal, el apetito, los niveles hormonales el sueño y la presión sanguínea. Los antidepresivos actúan incrementando los niveles de serotonina en las células del cerebro. Cada clase de antidepresivos lo hace de una forma distinta. No suelen provocar dependencia. Normalmente tienen efecto entre tres y seis semanas después de iniciar el tratamiento. Si no se han producido avances en este tiempo, el médico suele optar por cambiar el tratamiento, añadiendo más dosis u optando por otro antidepresivo. Entre sus efectos secundarios más comunes se encuentran el insomnio, nerviosismo, disfunción sexual, náuseas, mareos o aumento de peso.

Psicoterapia: es importante para fortalecer la salud mental, proporciona conocimientos al individuo para autoevaluarse, transformando sus ideas para restablecer sus sentimientos y acciones. El profesional de la salud mental encargado de la psicoterapia puede guiar al individuo hacia varias estrategias como: psicoterapia individual, grupal o familiar. Trata en la búsqueda de la felicidad, lo que hace unos años no era una temática de estudio. Es fundamental en las terapias psicológicas, generar pensamientos positivos en la persona que adolece de depresión, lo ideal es

llegar a alcanzar ideas positivas y optimistas. Cada persona reacciona de diferente manera con los tratamientos psicológicos y farmacológicos, es por esto que se pueden ajustar las dosis medicamentosas e implementar terapia psicoterapias para cada individuo. Es importante indicar que los tratamientos pueden demostrar los efectos deseados posterior a seis u ocho semanas de iniciarlo.

Terapia electro compulsiva: Es un tratamiento que salva vidas, aunque no se la practica en algunas instituciones de especialidad, es indicado cuando el paciente no tiene una respuesta favorable con el tratamiento farmacológico o no tiene facultad de ingerirlo. De igual manera cuando no se ha controlado la ideación suicidad.

Tratamiento preventivo. Se debe evitar la recidivas en pacientes que ya han superado sus cuadros depresivos, es por esto que posterior al recibimiento de los tratamientos psicoterapéuticos y medicamentosos se debe concentrar el profesional de la salud encargado en proporcionar herramientas que eviten las recaídas, como:

- a) Generar pensamientos positivos
- b) Continuar con el tratamiento psicológico y farmacológico
- c) Realizar actividad física
- d) Aceptarse y no compararse con nadie
- e) Reorganizar las actividades diarias sin saturarse
- f) Acudir a los controles terapéuticos

La Familia como pilar en el Episodio Depresivo.

La familia es considerada como el pilar de la estructura, es decir nos brinda apoyo, en los buenos y malos momentos dando apoyo ya sea económico o moral, que facilita el resolver los

problemas que suscitan en lo largo de la vida. Pero se dice que, así como no hay personas iguales, las familias tampoco lo son. Es probable que se dificulte el tratamiento para superar los episodios depresivos sin haber fortalecido al núcleo familiar en los diferentes aspectos de la vida, realmente en la práctica es algo muy difícil de alcanzar.

ESTADO DEL ARTE

Una realidad es que al hablar de depresión nos referimos a un trastorno mental muy común y que se encuentra en aumento en la época actual. Si bien existe variación respecto al grado de debilitamiento que manifiestan quienes padecen un episodio depresivo mayor, debe haber ya sea una angustia o insatisfacción en diferentes campos de la vida para diagnosticar la depresión. La depresión en sus estados extremos puede afectar incluso al cuidado o higiene personal (Puerta Polo & Padilla Díaz, 2011, pág. 254), de esta manera pueden surgir otros problemas de salud, afectando la vida de quien la padece. Se ha logrado mediante estudio identificar los factores que desencadenan la baja autoestima y esto a su vez en depresión en las cónyuges de los policías, siendo uno de ellos la dependencia económica y las pocas alternativas o apoyo social. (Banchón, 2018, págs. 43,44).

El factor de riesgo para que la persona logre un estado depresivo son los problemas intrafamiliares, según Adler, Reed, Huffman, Bliese y Castro (2005) en operaciones de despliegue cortas, las mujeres en estudio demostraban depresión más alta que aquellas mujeres que sometidas a despliegues largos; las mujeres buscan más apoyo que los hombres en su sistema social ante eventos de estrés, por esta razón es más probable que supere un episodio depresivo. Se ha evidenciado que los hombres con depresión y alcoholismo suelen buscar con menor frecuencia ayuda profesional. Por otro lado, los hombres no presentan casos de depresión

por encima de las mujeres, pero presentan tres veces más los casos de suicidio, por tal motivo la literatura recomienda encargar a especialistas de la salud masculina en un trabajo multidisciplinario con los demás especialistas y plantear estrategias para el cuidado de la salud masculina, incluyendo la mental desde la infancia y adolescencia hasta la mediana edad y vejez (Elterman & Pelman, 2014, pág. 41).

Por otro lado, es lamentable que también los niños se vean afectados también de depresión a lo largo de mucho tiempo, las investigaciones en psicología clínica infantil, se han orientado hacia el estudio de la depresión infantil: sus causas, factores desencadenantes y consecuencias. Sin embargo, pocos son los estudios que abordan el tema de la tristeza en niños y cómo ésta influye en el desarrollo y desencadenamiento de la depresión infantil. En los últimos diez años, los investigadores han comenzado a interesarse cada vez más por el estudio de las causas, la frecuencia de aparición, la intensidad y las estrategias de autorregulación de la tristeza en los niños buscando, de esta manera, intervenir tempranamente o preventivamente antes de que la tristeza desadaptativa se torne en depresión. Aunque algunos estudios encontraron diferencias de género en la expresión, factores asociados y regulación emocional de la tristeza en niños son pocos los resultados que describen diferencias específicas entre niños y niñas al respecto. El conocer estas diferencias es necesario para desarrollar a futuro programas de prevención, detección y tratamiento oportuno de la depresión en la infancia.

Se agrega a lo antes mencionado la adolescencia ya que la literatura menciona que entre los 12 y 13 años de edad, etapa de cambios fisiológicos, comportamentales y psicosociales, surgen trastornos mentales como la depresión que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas durante la adolescencia y posteriormente durante la vida adulta. Las investigaciones exponen que

en estas edades se presenta una relación entre sentimientos de negativismo (soledad, dificultad para dormir, limitada interacción social) y consumo de drogas. Se ha mencionado que ciertos adolescentes empiezan a consumir tabaco para efectos de automedicación, como un medio para camuflar síntomas relacionados con depresión y ansiedad, además se evidencia una relación entre tabaquismo y trastornos psiquiátricos específicos como ansiedad y depresión, entre otros (Zander Neves, Devicari Bueno, & Pires Felden , 2018, pág. 220). Encontramos suficientes publicaciones que describen a consumidores de cocaína con coexistencia de depresión, no obstante, en el ámbito de la salud pública y uso de servicios de salud falta mucho por notificar hasta ahora sólo se ha podido identificar a una población endeble a la depresión que hace gran uso de los servicios de sanidad. De la mano se haya recomendaciones para estudios más profundos de la relación entre la depresión en mujeres y el consumo a las ketaminas, quienes deben ser derivadas a consultas de especialidad para su manejo idóneo. (Chahua, Sordo, Molist, & Domingo , 2014, pág. 159).

Ya en la adultez los factores económicos actúan en algunos individuos en el estado de ánimo los estudios resaltan lo importante que es para la población recibir atención sanitaria universal y de lo importante que es establecer programas activos del mercado laboral para reducir el riesgo de depresión por desempleo (Stuckler & Sanjay, 2014, pág. 334).

Adicionalmente se ha podido comprobar en Argentina que un 40% de la población femenina sufre maltrato físico y psíquico por parte de su pareja. De estas mujeres entre el 21% y el 60% desarrolla un trastorno de ansiedad y que entre un 40% y un 55% desarrolla depresión. A nivel de Sud América los conocimientos sobre las estrategias de afrontamiento en esta población son escasos (Vetere, Giselle; Sánchez, María Eugenia; Medina, Vanesa Solange, 2016).

La depresión no sólo afecta de gran manera a la persona que la padece, sino también de forma significativa las relaciones con la familia, los amigos y la participación en el mundo laboral, impactando de esta manera la sociedad y por qué no decirlo la economía (Morales Fuhrmann, 2017, p. 136). Antes de plantear estrategias para la gestión en la atención a familiares primarios con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, tenemos que proponernos como meta, apuntar hacia la eficiencia y eficacia, esto se lo logrará buscando más a fondo los factores de riesgo que podrían desencadenar en un episodio depresivo como, por ejemplo: el abuso sexual o físico durante la infancia, la falta de soporte psico-social, enfermedades físicas y alcohol, entre otros y establecer nuevas estrategias siendo la prevención el objetivo primordial de la salud pública se deben desarrollar estrategias de prevención de la depresión, para este propósito es necesario dirigirse hacia la eliminación de los factores de riesgo, una propuesta puede ser potencializar procesos involucrando las tecnologías de la información y la comunicación (Jesús de Pedro Cuestaa, Jerónimo Saiz Ruiz b, Miquel Rocac, Isabel Noguera, 2016, pág. 71).

Adentrándonos un poco más en las unidades de salud, es necesario estar pendientes de la atención brindada por el personal de salud y por qué no partir por con la satisfacción del personal que trabaja con los usuarios en este caso con episodios depresivos, ya que,

Por otro lado, respecto a los tiempos de atención en la consulta el Ministerio de Salud Pública recomienda en la depresión que el tiempo de la psicoterapia entre 30 a 45 minutos, esta a su vez está recomendada para tratamiento de adultos con episodios depresivos (únicos o recurrentes) moderados y graves, adicionalmente recomienda la terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, terapia sistémica familiar y terapia de activación conductual se en el

tratamiento de la depresión de adultos, mientras que en los casos de depresión leve-moderada aconseja de 6 a 8 sesiones por 10-12 semanas de tratamiento psicológico breve (por ejemplo la terapia cognitivo-conductual o de solución de problemas), además sugiere la atención debe ser integra tratando todas las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales, farmacológicas e incluir la actividad física junto con buenos hábitos nutricionales. Mientras que en los pacientes con depresión moderada tratados con medicamentos menciona el Ministerio de Salud Pública en su Manual de Guía de Práctica Clínica (2017) antes de los 15 días de haber iniciado el tratamiento deben ser valorados nuevamente y los pacientes con depresión grave antes de los 8 días (MSP, 2017, págs. 25-26-27). Podemos considerar también en pacientes con depresión moderada a grave, dar 2 sesiones por la semana durante las primeras 2 a 3 semanas y en todos los pacientes de 3 a 4 sesiones de seguimiento en 3 a 6 meses siguientes (MSP, 2017, pág. 28).

Existen datos preocupantes que se citan en la literatura respecto a la capacidad de diagnosticar patologías psiquiátricas en la atención primaria de salud por parte del médico de familia, esto en comparación con los profesionales especialistas en salud mental, de una u otra forma esto afectará a los niveles superiores de resolución de la salud ya que la mayor parte de los pacientes con algún problema de salud, son atendidos en el primer nivel de atención, incluidos los de carácter psicológico, podemos ver entonces que el médico de familia cumple un rol de suma importancia en la detección de patología psiquiátrica. (Garrido Ellustondo, y otros, 2016, pág. 456). Se puede hablar aquí de la necesidad de fortalecer las bases del conocimiento de depresión en el primer nivel de atención y su vínculo con las unidades hospitalarias para ejecutar buenas estrategias de prevención y diagnóstico temprano. Esto nos anima en el aspecto gerencial a superar las barreras que aún tenemos en disponibilidad y acceso a la información clínica.

Actualmente nos encontramos frente a la falta de integración de los registros entre niveles asistenciales teniendo obstáculos en la disponibilidad para ver de manera global la salud del paciente crónico, aún tenemos una baja concordancia con los registros en atención primaria y hospitalaria. (Revilla López, Calderón , Enriquez, & Prados , 2015, pág. 249), esto podría perjudicar la atención en el área de salud mental en sus diferentes niveles.

Se debe añadir también que la violencia en los hogares es alarmante y las principales víctimas son las mujeres, esto se ha convertido en un problema de salud pública, que afecta a todos los integrantes de la familia y por qué no decir a la sociedad, generando alteraciones en la salud mental de los actores. (Sanz, Rey , & Otero, 2014, pág. 107).

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativo porque en este estudio de una manera estructurada podremos recopilar y analizar datos obtenidos de las fuentes hospitalarias que nos permitirán el uso de herramientas informáticas, estadísticas, y matemáticas para obtener resultados y cuantificar el problema

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

En cuanto a los métodos que se emplearon es el método inductivo, deductivo. El **Método Inductivo** nos permitió acumular el conocimiento e información aislada, permitiéndonos llegar a determinar el origen y causas del problema de salud de esta investigación. **Método Deductivo** nos permitió ir de lo general a lo particular, estableciendo un vínculo de unión entre teoría y el objeto de observación.

CATEGORÍA DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es de carácter *Descriptivo transversal*, ya que es un estudio que se realizó en un corto y determinado tiempo. Así como la información que se solicita no puede ser intervenida o manipulable, garantizando datos informativos reales en la identificación, descripción del origen y causas del problema de salud de nuestra investigación, intentando dar respuesta a nuestras preguntas planteadas al inicio de nuestra investigación.

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

La metodología empleada en esta investigación es la siguiente: se realizó la investigación en tres hospitales de la fuerza Pública, dos de la ciudad de Quito y uno de la ciudad de Guayaquil, en los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia, en el área de psiquiatría, se inició con la recopilación de datos estadísticos de los años 2016 hasta agosto de 2018 de los familiares dependiente de personal en servicio activo atendidos con diagnostico codificados con CEI10 Fx32, fx32.1, fx32.2, fx32.3, fx41, x60

Se realizó encuestas y entrevistas a familiares del personal activo de la fuerza pública que reciben atención medica en los servicios de la consulta externa y hospitalización con diagnóstico de episodio depresivo y al personal de salud que labora de manera cercana a estos pacientes, no se puso límite de edad. Posteriormente los resultados se tabularon en el programa Excel, los mismos que reflejaron datos principales como: causas desencadenantes del episodio depresivo en los familiares dependientes, que integrante de la familia del personal en servicio activo presentó mayores atenciones por episodio depresivo y el resultado del personal de salud se obtuvo el grado de satisfacción laboral.

TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN

Se utilizaron las técnicas de observación, técnica de la encuesta y técnica de la entrevista. La *observación directa* "Objetivo de describir el marco o situación tal como es observada" (Argilaga*, 1986) nos permitirá recoger información sobre la situación, entorno, actores, problemas que afectan a los familiares del personal activo de la fuerza pública que presenta un episodio depresivo, complementado con la *entrevista estructurada*, que nos permitirá de forma específica la interacción social y recolección de datos para nuestra investigación, así como también se aplicara la *encuesta cerrada* que nos permitirá elaborar y obtener de modo rápido y eficaz la información que personalmente no se puede obtener, así como su aplicación a grupos numerosos que nos permita realizar una comparación de la información obtenida en los servicios de salud mental de los hospitales de nuestra investigación.

ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

Para sustentar este exhaustivo trabajo de investigación utilizamos varias fuentes de búsqueda: Scopus, PubMed, Scielo, Cochrane Library y Google académico, Elsevier. Seleccionamos los mejores artículos, observando el percentil de las revistas. Las palabras más utilizadas en la búsqueda bibliográfica han sido: depresión, familia, enfermería, estrategias gerenciales, Salud Mental, psiquiatría, aviadores, policía, militares, marinos, rol del tratamiento.



Figura 7 Fases de Investigación

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Entrevista, encuesta, observación

La entrevista y la observación son instrumentos que se aplicaron al mismo tiempo al realizar la entrevista entre: la investigadora y el familiar con patología de episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, donde se realizaron preguntas abiertas que permitían obtener información para la investigación, así como también se observó patrones del comportamiento del entrevistado, en cuanto a las encuestas se realizaron al personal de salud del servicio de psiquiatría que brindan atención a los familiares con patologías de episodio depresivo, los resultados obtenidos serán tabulados a través del programa Excel, los mismos que permitieron establecer un plan de estrategias para el familiar del personal activo de la fuerza pública y para el personal de salud en el manejo de paciente con patología de episodio depresivo.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Se presentan los resultados de este estudio en diferentes análisis estadísticos con la finalidad de llegar a los objetivos planteados.

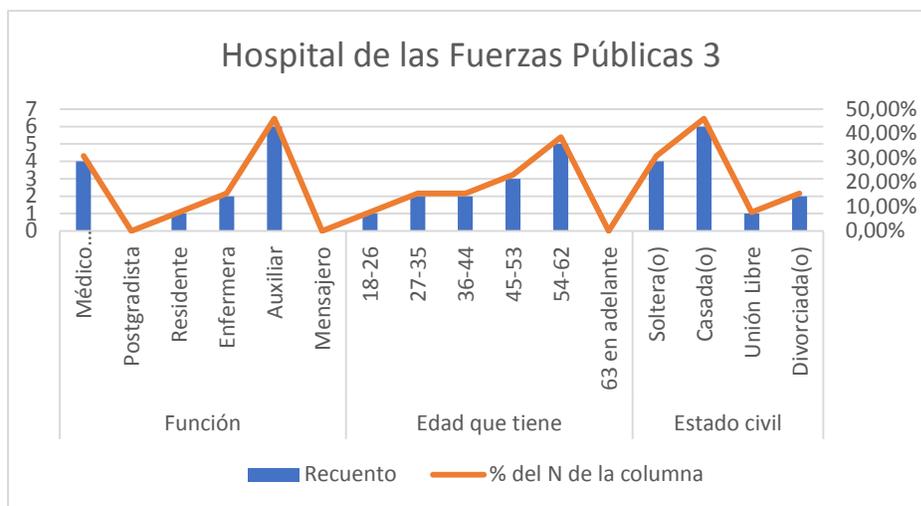


Figura 8 Repartición de frecuencias de las características sociodemográficas del personal que labora en contacto con pacientes dependientes con Episodio Depresivo

ANÁLISIS: Del 100% de entrevistados del personal que labora en contacto con pacientes dependientes con Episodio Depresivo del personal activo del servicio de Psiquiatría de Hospitalización en el Hospital de la Fuerza Pública 3 – Guayaquil, el 30% son Médicos tratantes, el 5% son residentes, el 15% son enfermeras, el 45% son auxiliares de enfermería. El 10% tienen edades que van de 18 a 16 años, un 15% de 27 a 35 años, otro 15% de 36 a 44 años, un 20% de 45 a 53 y el 35% de 54 a 62 años. Adicionalmente del 100% de las personas entrevistadas el 30% tiene estado civil soltero, el 40% son casados, en unión libre se encuentra un 5% refieren edades que van desde los 54 a 62 años y el 45% se encuentra casado y un 17% se encuentra divorciado.

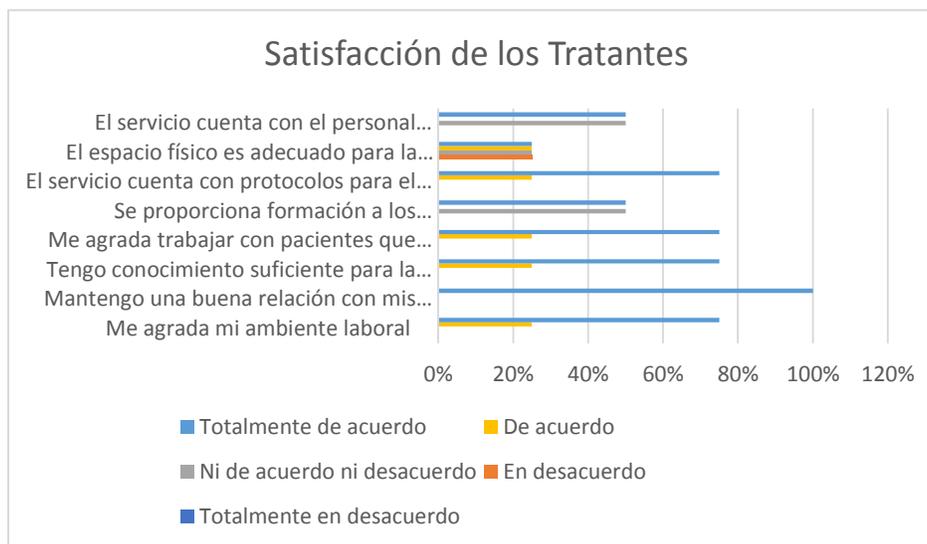


Figura 9 Distribución de la satisfacción en especialistas que dan atención a familiares primarios con episodio depresivo del personal activo de la Fuerza Pública

Análisis: satisfacción respecto al personal que es adecuado y labora en el servicio de psiquiatría, el otro 50% presenta una satisfacción media. b) Con respecto al espacio físico adecuado para la atención del paciente con estado depresivo, del 100% un 50% presenta una satisfacción alta, un 25% una satisfacción media y otro 25% mantiene una satisfacción baja. c) El 100% conoce de los protocolos para la atención a pacientes con episodios depresivos. d) El 100% presenta satisfacción alta respecto a las capacitaciones brindadas en el Hospital. e) El 100% posee una alta satisfacción de trabajar con pacientes con episodio depresivo. f) El 100% presenta una alta satisfacción con sus conocimientos al tratar a pacientes con episodio depresivo. g) El 100% manifiesta una buena relación con sus compañeros. h) EL 100% se encuentra satisfecho con su ambiente laboral.

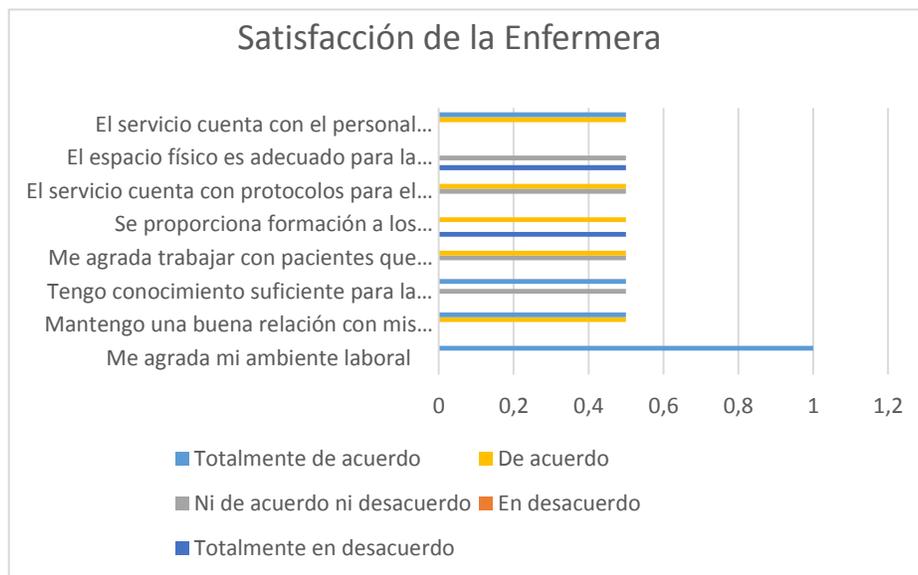


Figura 10 Distribución de frecuencias de las enfermeras y la satisfacción. Hospital de las Fuerzas Públicas 3

Análisis: a) Del 100% demuestra una alta satisfacción respecto al personal que es adecuado y labora en el servicio de psiquiatría b) Con respecto al espacio físico adecuado para la atención del paciente con estado depresivo, del 100% un 50% presenta una satisfacción media, el otro 50% una satisfacción baja. c) El 50% tiene conocimientos altos de los protocolos para la atención a pacientes con episodios depresivos el otro 50% tiene conocimientos medios d) El 50% presenta satisfacción alta respecto a las capacitaciones brindadas en el Hospital el otro 50% satisfacción baja. e) El 50% posee una alta satisfacción de trabajar con pacientes con episodio depresivo el otro 50% satisfacción media. f) El 50% presenta una alta satisfacción con sus conocimientos al tratar a pacientes con episodio depresivo el otro 50% satisfacción media. g) El 100% manifiesta una buena relación con sus compañeros. h) El 100% se encuentra satisfecho con su ambiente laboral.

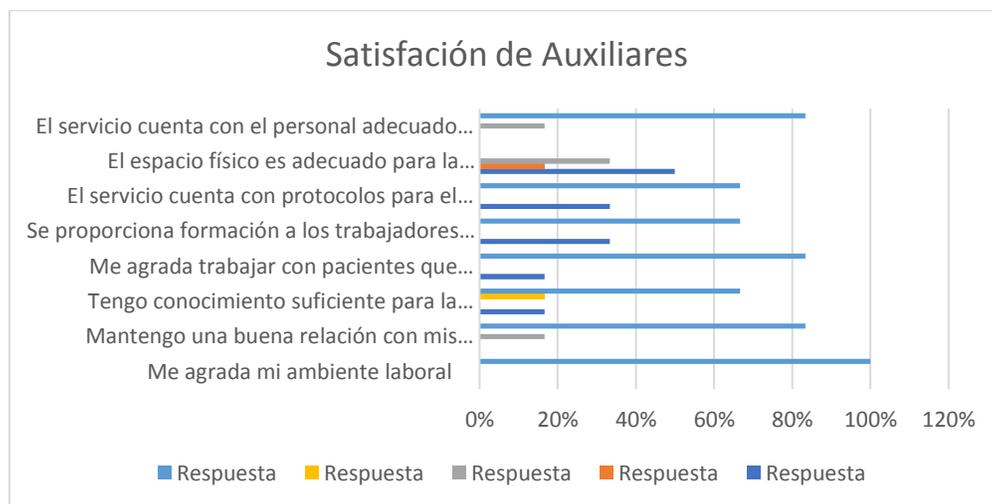


Figura 11. Distribución de frecuencias de las auxiliares Y la satisfacción.
Hospital de las Fuerzas Públicas 3.

Análisis: a) Del 100% de auxiliares encuestadas 83% demuestra una alta satisfacción respecto al personal que es adecuado y labora en el servicio de psiquiatría el 17% satisfacción media b) Con respecto al espacio físico adecuado para la atención del paciente con estado depresivo, del 100% un 33% presenta una satisfacción media, el otro 69% una satisfacción baja. c) El 67% tiene conocimientos altos de los protocolos para la atención a pacientes con episodios depresivos el otro 33% tiene conocimientos bajos d) El 67% presenta satisfacción alta respecto a las capacitaciones brindadas en el Hospital el otro 33% satisfacción baja. e) El 83% posee una alta satisfacción de trabajar con pacientes con episodio depresivo el otro 17% satisfacción baja. f) El 100% presenta una alta satisfacción con sus conocimientos al tratar a pacientes con episodio depresivo g) El 83% manifiesta una alta satisfacción respecto a la relación que lleva con sus compañeros el 17% una satisfacción media. h) El 100% se encuentra satisfecho con su ambiente laboral.

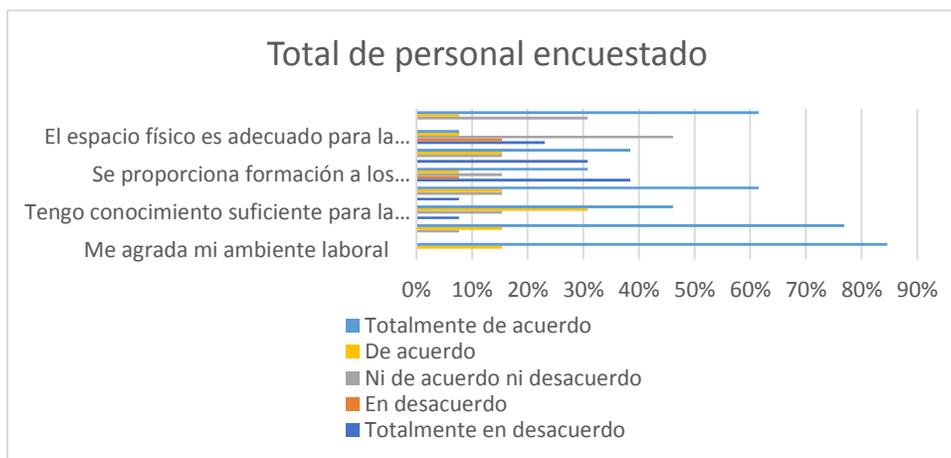


Figura 12 Distribución de la satisfacción en las condiciones de bienestar y naturaleza del trabajo del personal del total del personal encuestado que brinda atención a familiares.

Análisis a) Del 100% del total de personal encuestado que brindan atención a familiares primarios con episodio depresivo del personal activo de la Fuerza Pública, en el servicio de Psiquiatría en el Hospital de las Fuerzas Públicas 3. El 69% demuestra una alta satisfacción respecto al personal que es adecuado y labora en el servicio de psiquiatría el 31% satisfacción media. b) Con respecto al espacio físico adecuado para la atención del paciente con estado depresivo, del 100% de encuestados, el 16% satisfacción alta, un 46% presenta una satisfacción media, el otro 38% una satisfacción baja. c) El 54% tiene conocimientos altos de los protocolos para la atención a pacientes con episodios depresivos, un 15% el otro 31% tiene conocimientos bajos d) El 39% presenta satisfacción alta respecto a las capacitaciones brindadas en el Hospital, un 15% satisfacción media y el 46% satisfacción baja. e) El 77% posee una alta satisfacción de trabajar con pacientes con episodio depresivo, el 15% satisfacción media y 8% satisfacción baja. f) El 100% presenta una alta satisfacción con sus conocimientos al tratar a pacientes con episodio depresivo g)

4. Hospital de la Fuerza Pública N°1 Quito - CONSULTA EXTERNA

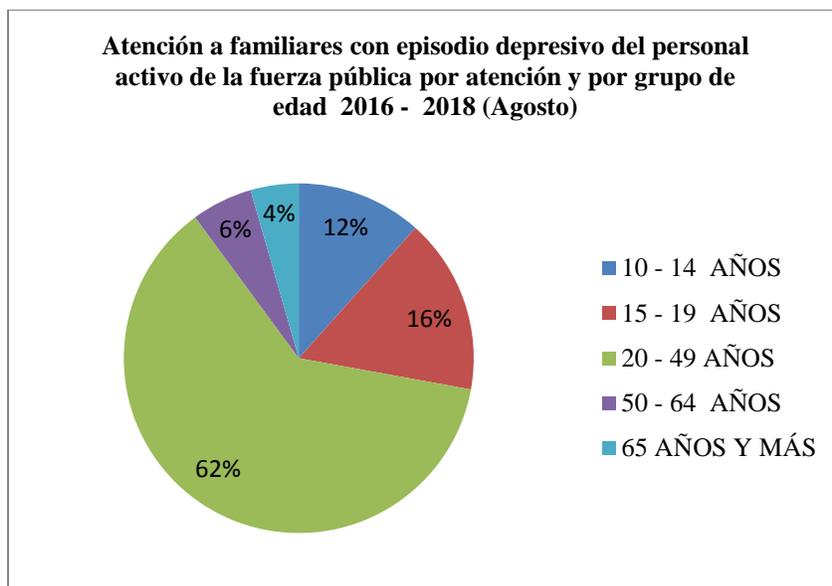


Figura 13 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por ATENCIÓN y

GRUPO de EDAD.

Análisis: Desde el año 2016 hasta agosto del 2018, se registran con el 12% de atenciones médicas en edades comprendidas de 10 a 14 años, 16 % atenciones médicas en individuos de 15 a 19 años, en pacientes que comprenden entre 20 a 49 años de edad se presentan con el 62% de atenciones médicas. Los pacientes que oscilan en edades de 50 a 64 años con el 6% de atenciones médicas, de igual manera los pacientes mayores de 65 años con un 4% de atenciones médicas. Se determina que predomina el grupo de 20 a 49 años de edad en las atenciones médicas a pacientes dependientes con Episodio Depresivo del personal activo de la fuerza pública en el servicio de la consulta externa en el área de psiquiatría con 345 casos.

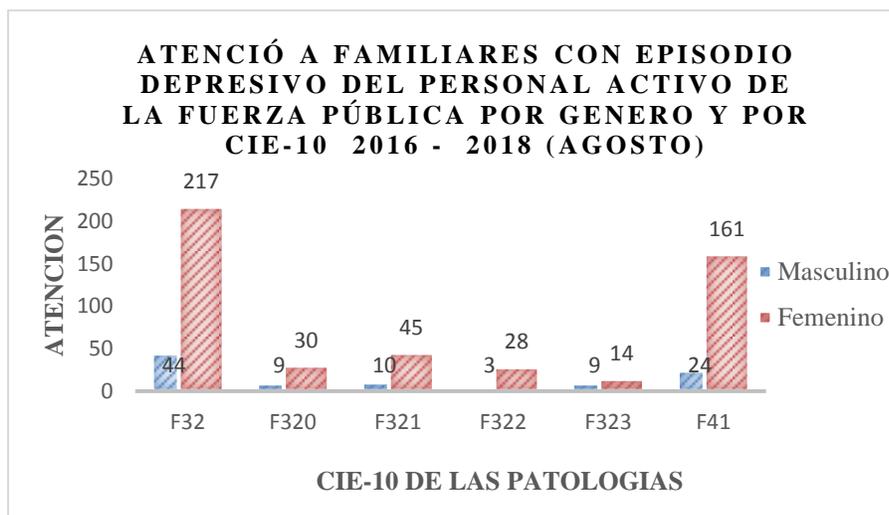


Figura 14 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública por CIE-10 y por GÉNERO.

Análisis: Desde el año 2016 hasta agosto del 2018, se evidencian con Episodio depresivo (F32) 49 casos en el sexo masculino y 220 casos en el sexo femenino. Con episodio depresivo leve (F32.0) 10 casos en el sexo masculino y 30 en el sexo femenino. Con Episodio depresivo moderado (F32.1) 10 casos en el sexo masculino y 49 en el sexo femenino. Con episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2) en el sexo masculino 5 casos y en el sexo femenino 30 casos.

Se determina que mayores atenciones de episodios depresivos existen en pacientes del sexo femenino predominando el Episodio depresivo (F32) con 220 casos seguido del trastorno de la ansiedad (F41).

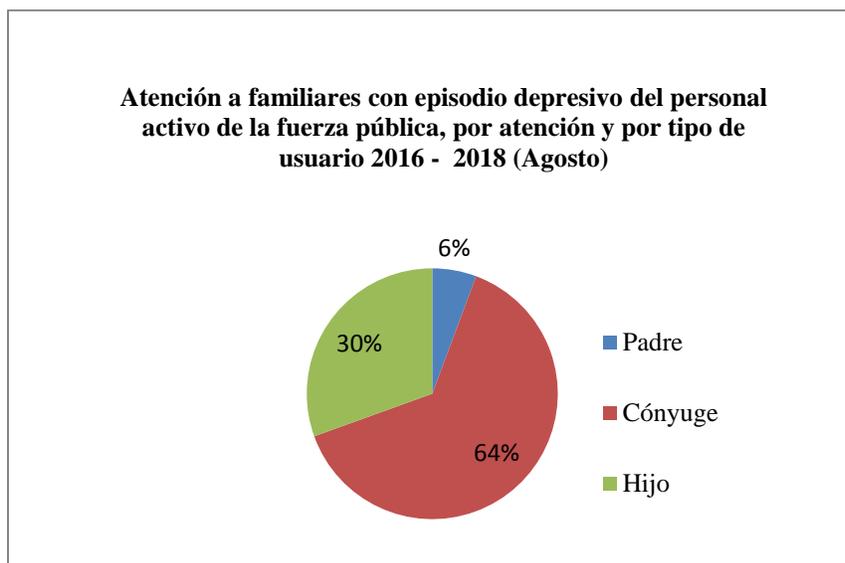


Figura 15 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por ATENCION y por TIPO DE USUARIO

Análisis: Se registra que el 64% de atenciones con episodio depresivo pertenece a la cónyuge del personal en servicio activo, el 30% de atenciones pertenece a los hijo del personal en servicio activo y el 6% corresponde al padre del personal en servicio activo de las fuerzas públicas.

Se establece que el tipo de usuario que más acude a la consulta externa con episodio depresivo es la cónyuge, con el 64% de atenciones desde el año 2016 hasta agosto de 2018 en la consulta externa.

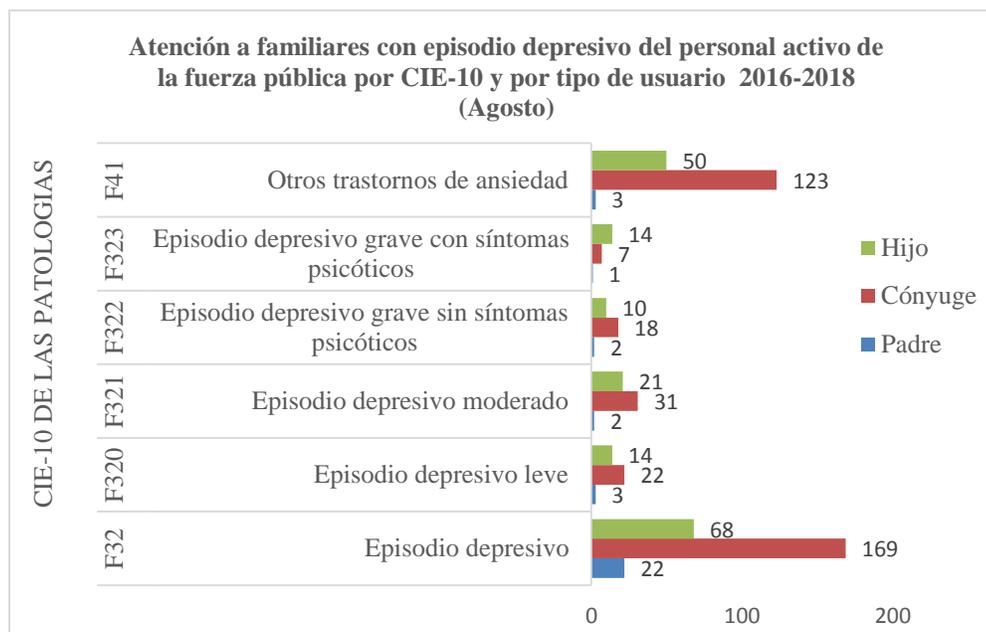


Figura 16 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por CIE10 y por TIPO DE USUARIO.

Análisis: Se evidencian que las patologías con mayores casos atendidos son: F32: Episodio depresivo con el 44%; el F32.0: Episodio Depresivo Leve con el 7%. Con Episodio depresivo moderado (F32.1) el 9% de los casos. Con episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2) al 5% de los casos. Con episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3) un 4% de los casos atendidos.

Se determina que los casos que más se presentan de episodios depresivos son los registrados con el código (F32) con un 44%, seguido por el 31% de los casos con trastorno de la ansiedad (F41).

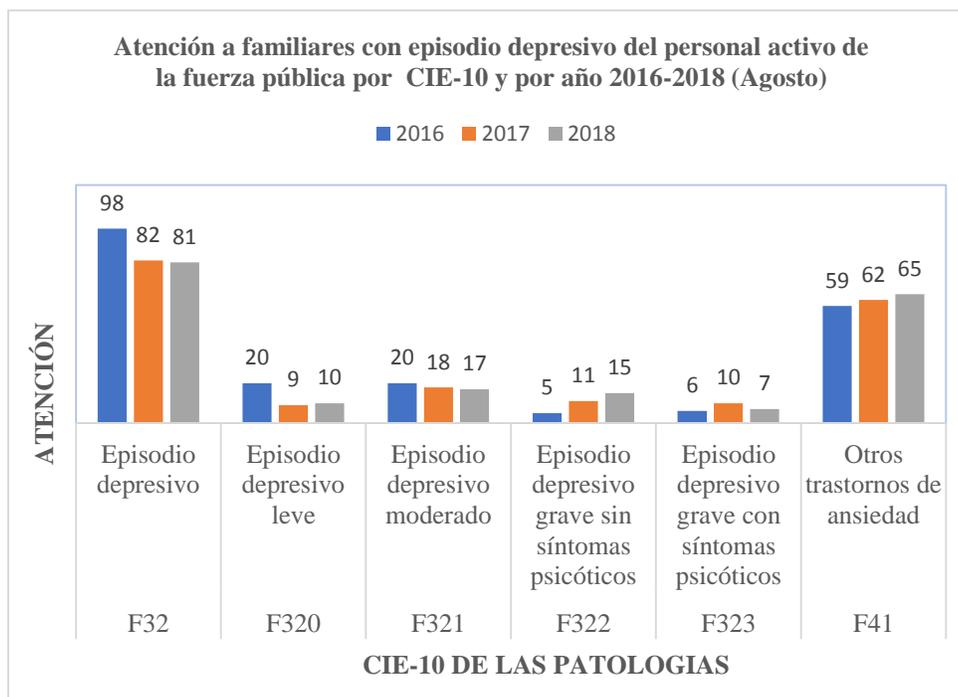


Figura 17 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por CIE-10 y por AÑO.

Análisis: Se registra que las patologías con mayor atención médica son:

F32: Episodio depresivo, que presenta 98 casos en el año 2016, en el 2017 presenta 82 casos y en el 2018(agosto) 81 casos.

F41: Trastorno de la ansiedad, presenta 59 casos en el 2016, en el 2017 presenta 62 casos y en el 2018(agosto) con 65 casos.

Se determina que los casos que más relevantes en los tres años de estudio 2016, 2017, 2018 son:

F32: Episodio Depresivo, seguido por F4: Otros Trastorno de Ansiedad.

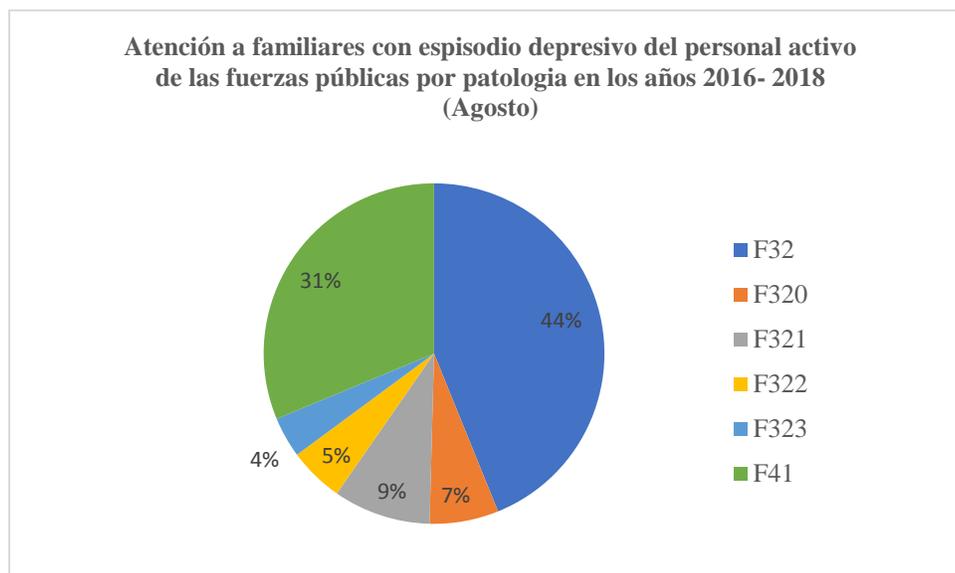


Figura 18 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por Atención en los AÑOS y por CIE10.

Análisis: Desde el año 2016 hasta agosto del 2018, se evidencian con Episodio depresivo (F32) al 44%. Con episodio depresivo leve (F32.0) al 7%. Con Episodio depresivo moderado (F32.1) al 9% de los casos. Con episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2) al 5% de los casos. Con episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3) un 4% de los casos atendidos.

Se determina que los casos que más se presentan de episodios depresivos son los registrados con el código (F32) con un 44%, seguido por el 31% de los casos con trastorno de la ansiedad (F41).

Hospital de la Fuerza Pública N°1 Quito - HOSPITALIZACIÓN

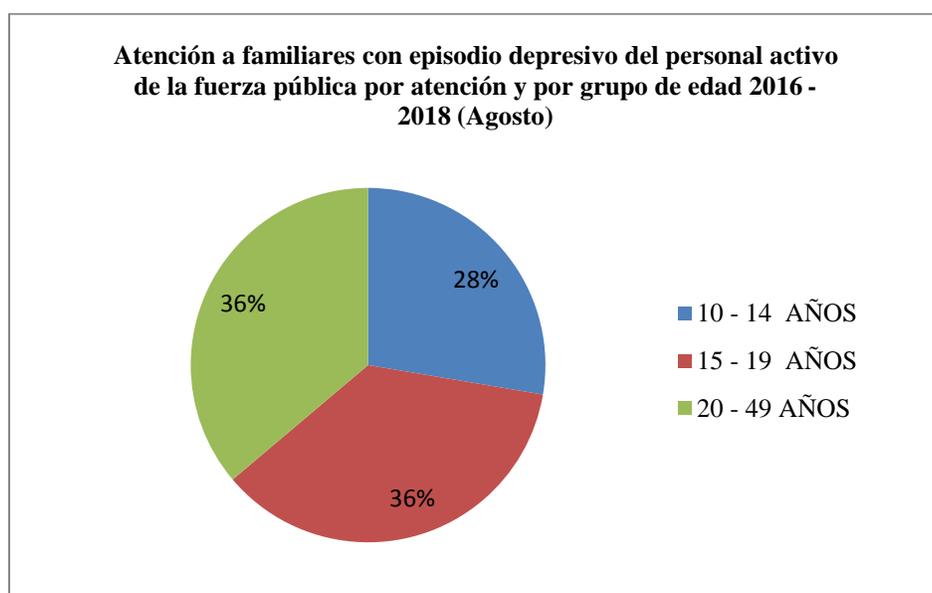


Figura 19 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por ATENCIONES y por grupos de EDAD.

Análisis: Desde el año 2016 hasta agosto del 2018, tenemos una igualdad con el 36% de atenciones entre las edades comprendidas de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, mientras que con un 28 % pertenecen a las edades comprenden entre 20 a 49 años de atenciones en a los familiares del personal activo de la fuerza pública por presentar un episodio depresivo en los hospitales de estudio.

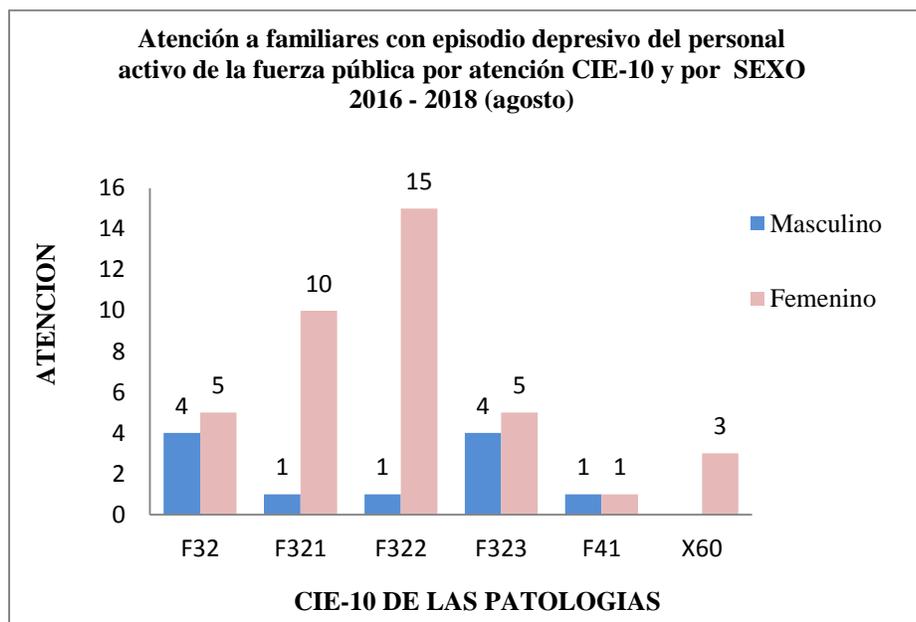


Figura 20 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por CIE-10 y por SEXO.

Análisis: Desde el año 2016 hasta agosto del 2018, se evidencian con Episodio depresivo (F32) 4 casos en el sexo masculino y 5 casos en el sexo femenino. Con Episodio depresivo moderado (F32.1) 1 casos en el sexo masculino y 49 en el sexo femenino. Con episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2) en el sexo masculino 2 casos y en el sexo femenino 15 casos.

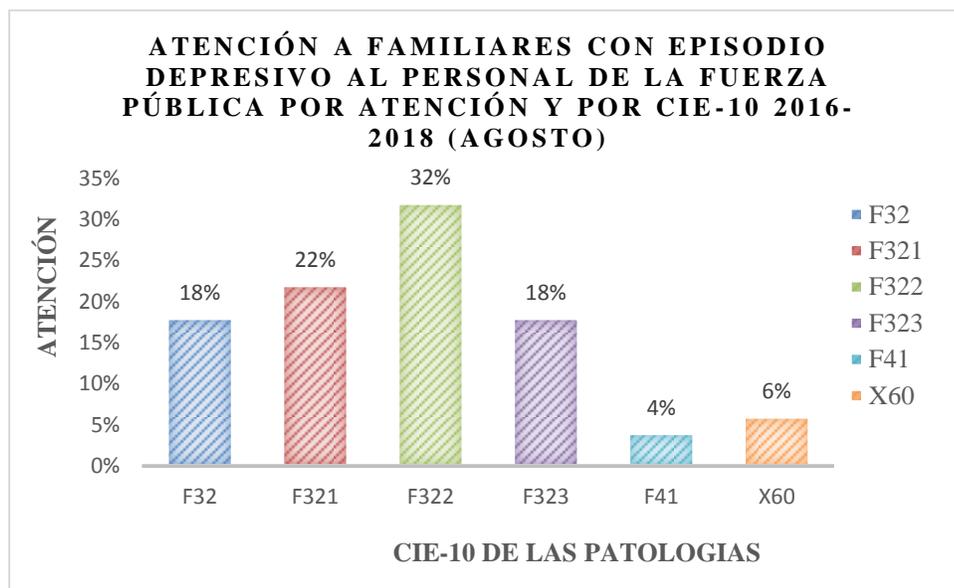


Figura 21 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por atención CIE-10 y por AÑOS.

Análisis: Desde el año 2016 hasta agosto del 2018, se evidencian con Episodio depresivo (F32) al 18%. Con Episodio depresivo moderado (F32.1) al 21% de los casos. Con episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2) al 31% de los casos. Con episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3) un 17% de los casos atendidos.

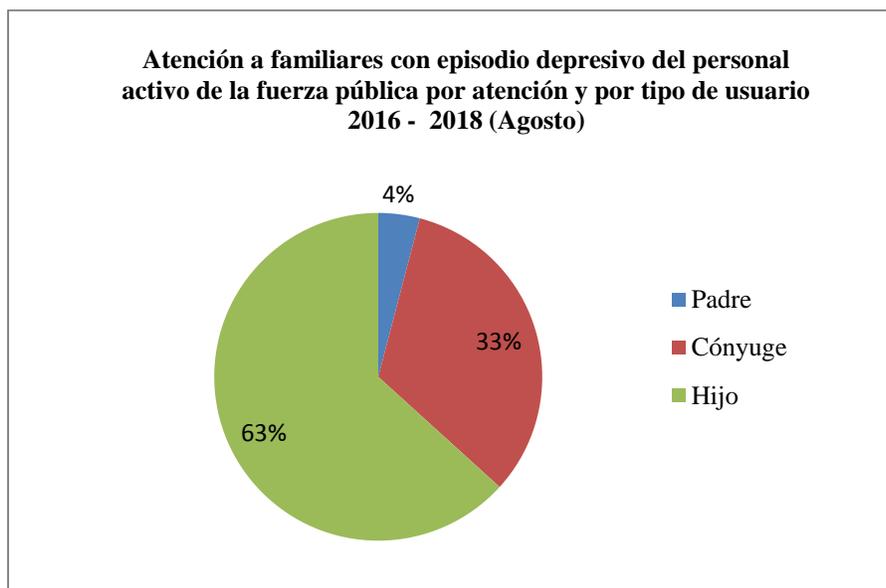


Figura 22 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por CIE-10 y por TIPO DE USUARIO.

Análisis: Se registra que el 63% de atención por presentar un episodio depresivo corresponde al hijo del personal en servicio activo de la fuerza pública, el 33% corresponde a la cónyuge y un 4% de atenciones al padre del personal en servicio activo de la fuerza pública.

Se establece que el tipo de usuario con mayor hospitalización por presentar un episodio depresivo es el hijo del personal en servicio activo de la fuerza pública con el 66% en los años 2016 hasta agosto del 2018.

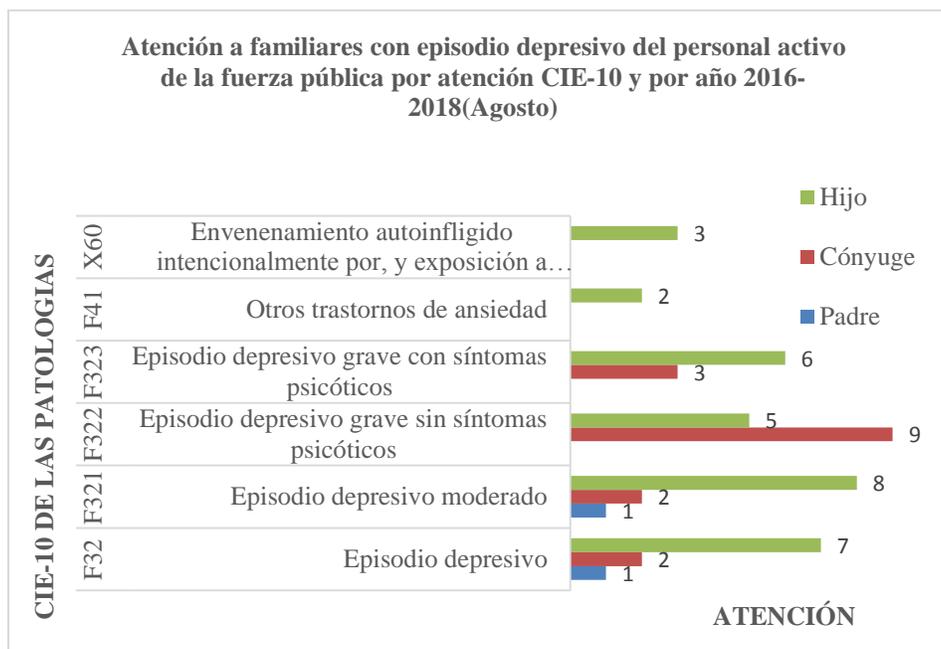


Figura 23 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de las fuerzas públicas, por TIPO DE USUARIO y por CIE10.

Análisis: Se evidencia que el hijo del personal de servicio activo de la fuerza pública presenta atenciones en todas las patologías teniendo como pico a la patología F32.1:Episodio Depresivo Moderado, mientras que la cónyuge presenta atención en 4 (F32; F32.1;F32.2; F32.3:Episodio Depresivo Grave con Síntomas) de las patologías mencionadas teniendo como pico la patología F32.2: Episodio Depresivo Grave sin Síntomas , en cuanto al padre del personal en servicio activo de la fuerza pública presenta solo 2 de las 6 patologías mencionadas que son F32: Episodio Depresivo y F32.1:Episodio Depresivo Moderado.

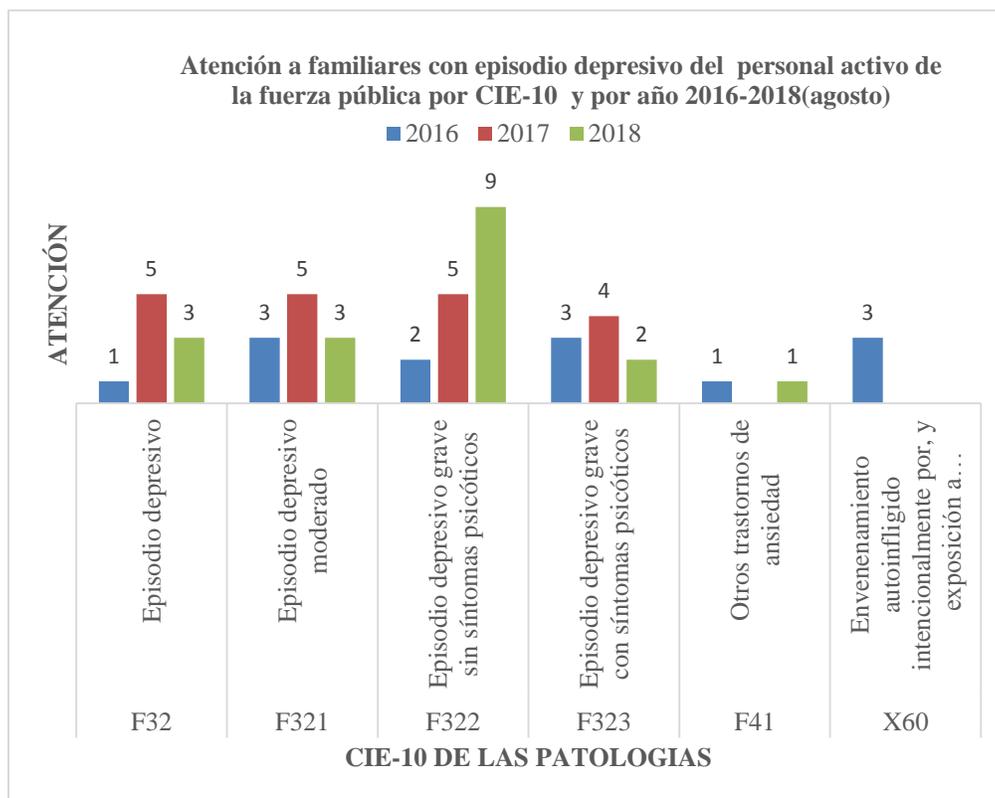


Figura 24 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por CIE10 y por AÑOS.

Análisis: Se determina que de los tres años de estudio el año 2018 a pesar de no ser un año concluido presenta atención en 5 de las 6 patologías presentadas con un pico en la patología F32.2: Episodio Depresivo Grave sin Síntomas y con la ausencia en las atenciones en las patologías F41 y X60, a comparación del año 2017 que presenta 4 de las 6 patologías mencionadas, mientras que en el año 2016 presenta atenciones en todas las patologías mencionadas.

Se establece que hay un incremento en atenciones en una misma patología con la disminución del número de patologías atendidas.

Hospital de la Fuerza Pública N°1 Quito servicio de EMERGENCIA

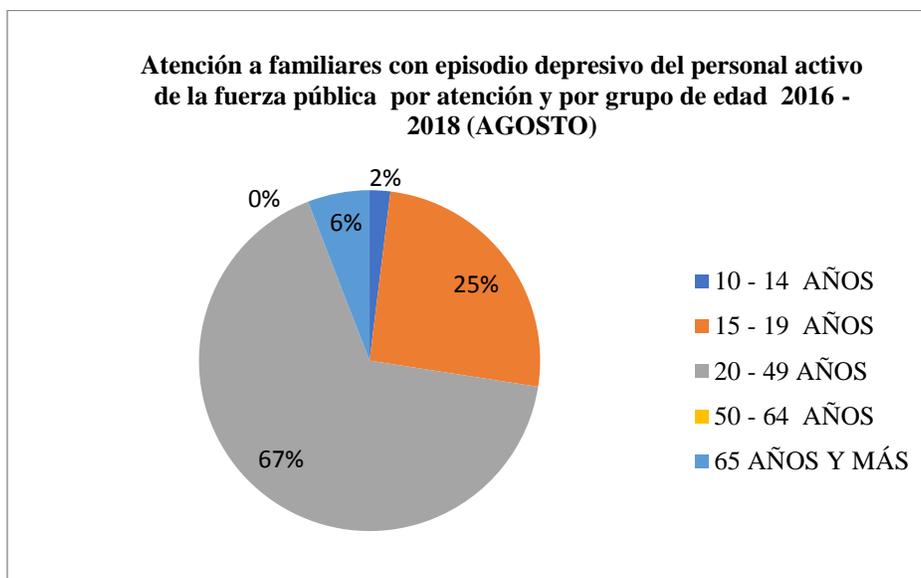


Figura 25 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por ATENCIONES y por grupos de EDAD

Análisis En el servicio de emergencia predomina la atención a familiares del personal activo de la fuerza pública entre las edades de 20 a 49 años, seguido de las edades de 15 a 19 años de los familiares del personal activo de la fuerza pública. Mientras que presenta una baja atención entre las edades de 10 a 14 años en familiares del personal activo de la fuerza pública.

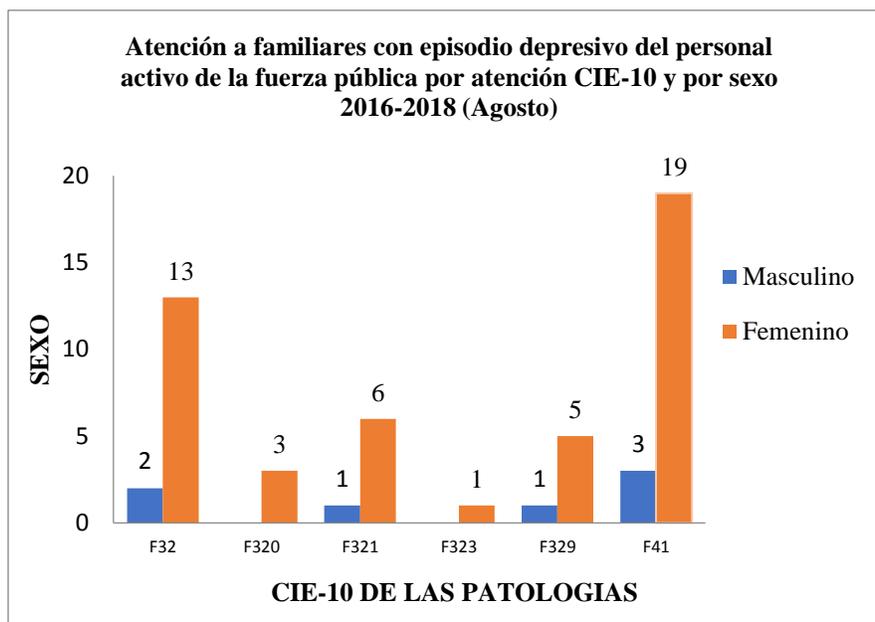


Figura 26 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por CIE10 y por SEXO.

Análisis: Se determina en emergencia que el familiar del sexo femenino del personal en servicio activo de la fuerza pública presenta mayor atención en las patologías de estudio presentando mayor atenciones en las patologías F41: Otros trastornos de ansiedad y F32: episodio depresivo, mientras que el sexo masculinos presenta una baja atención en las patologías de estudio.

Por lo que se determina que mayor frecuencia en atención corresponde al sexo femenino del personal activo de la fuerza pública.

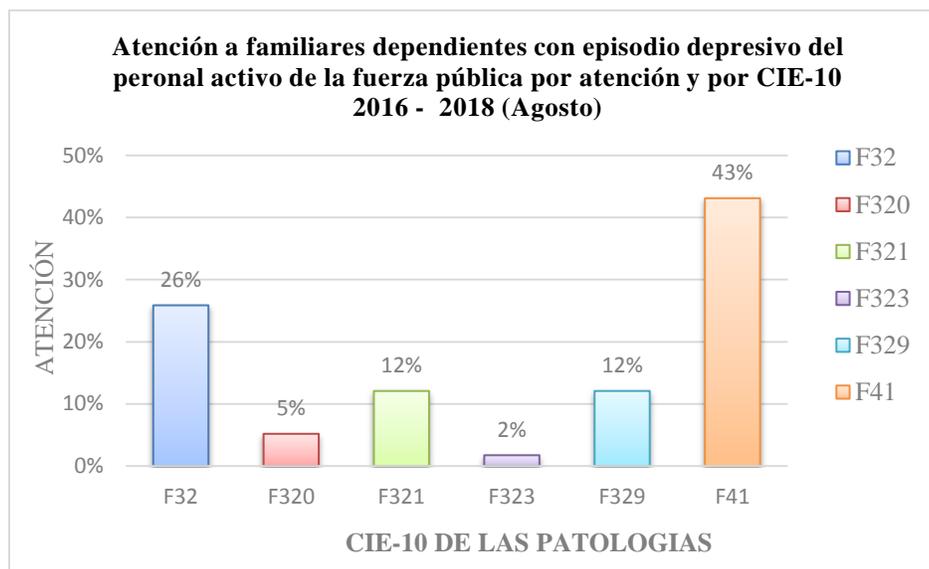


Figura 27 Atenciones a familiares con episodio depresivo del personal Activo de la fuerza pública, por ATENCION y por CIE10.

Análisis: en los tres años de estudio se demuestra que las patología que predominan en los familiares del personal activo de la fuerza pública son las atenciones con el código F41: otros trastornos de ansiedad con un 43%, seguido de la patología F32: episodio depresivo con un 26%.

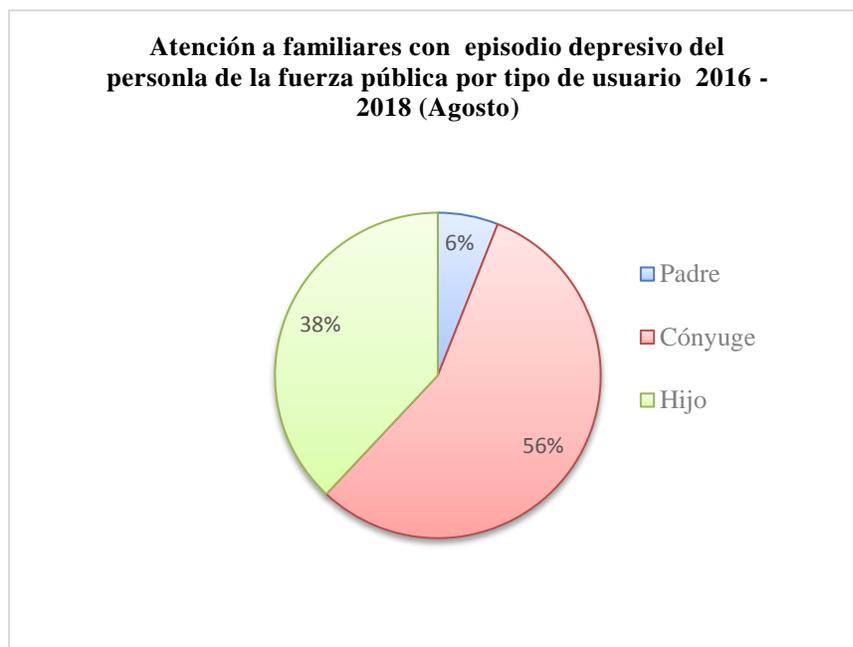


Figura 28 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza, por ATENCIONES y por TIPO DE USUARIO.

Análisis: Se observa que la mayor atención en el familiar con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública corresponde a la cónyuge con el 56%, con un segundo lugar que corresponde al hijos del personal activo de la fuerza pública con 38% de atenciones y con un 6% que corresponde al padre del personal activo de la fuerza pública.

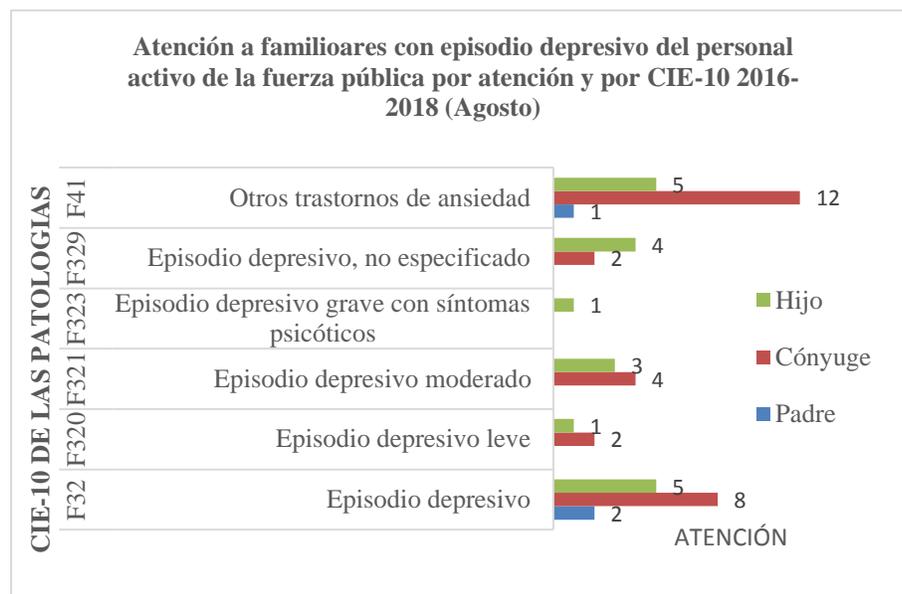


Figura 29 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por TIPO DE USUARIO y por CIE10.

Análisis: Se determina que las patologías con mayor atención de salud son: F41:otros trastornos de ansiedad y F32, episodio depresivo que corresponden al cónyuge del personal activo de la fuerza pública, seguido del hijo del personal en servicio activo de la fuerza pública quien presenta atenciones en todas las patologías de estudio .

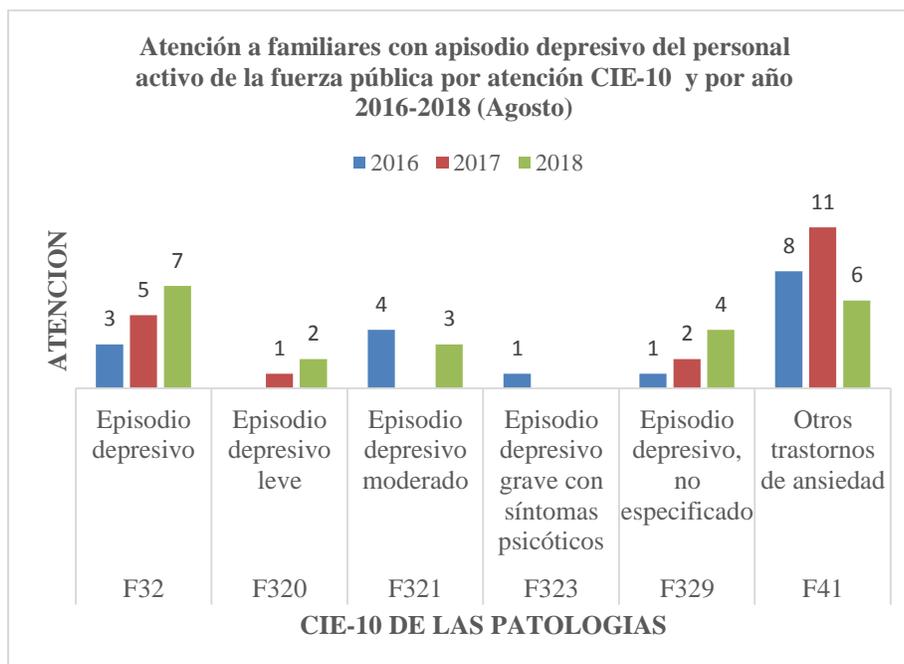


Figura 30 Atenciones a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por CIE10 y por AÑO.

Análisis: Se determina que el año con mayor atenciones en las patologías de estudio es el 2018 con un aumento en las atenciones de las patologías: F41:otros trastornos de ansiedad y F32: episodio depresivo, en comparación a los años 2016 y 2017 en los familiares del personal activo de la fuerza pública.

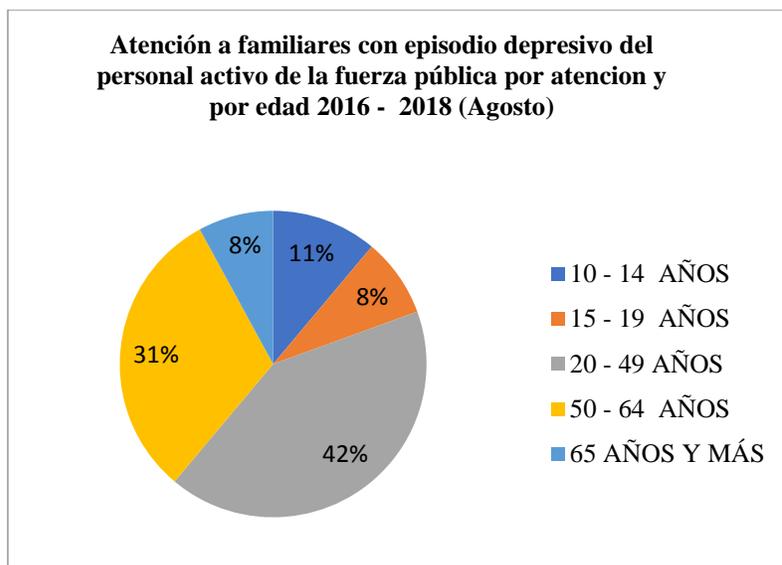
Hospital de la Fuerza Pública N°2 CONSULTA EXTERNA

Figura 31 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública por ATENCIONES y por grupos de EDAD.

Análisis: Se evidencia que predominan las atenciones a pacientes con edades que fluctúan entre los 20 a 49 años con el 42%. Seguida de las atenciones que van desde los 50 a 64 años con el 31% en el familiar del personal activo de la fuerza pública.

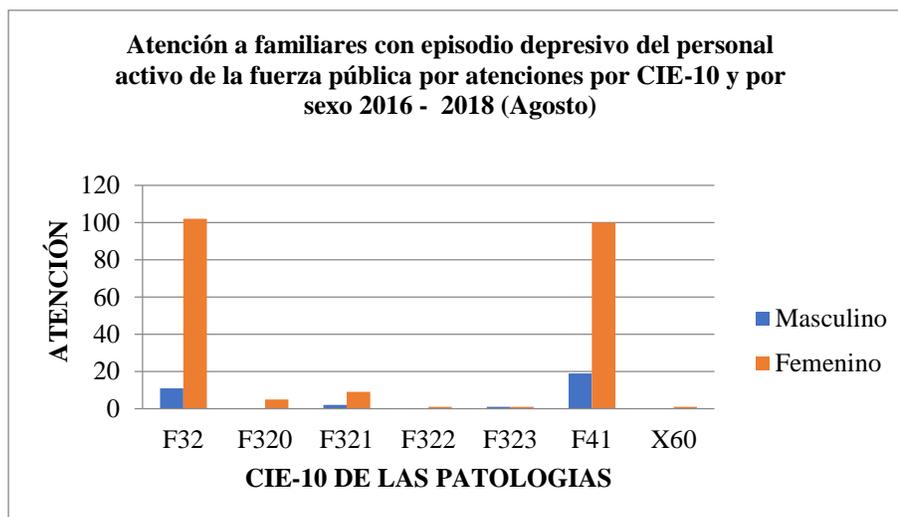


Figura 32 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por CIE10 y por SEXO

Análisis: Se determina que en los años de estudio el sexo Femenino registra mayor atenciones de salud en las patologías de estudio con una igualdad entre las patologías F32: episodio depresivo y F41: Otros trastornos de ansiedad, en los familiares del personal activo de la fuerza pública.

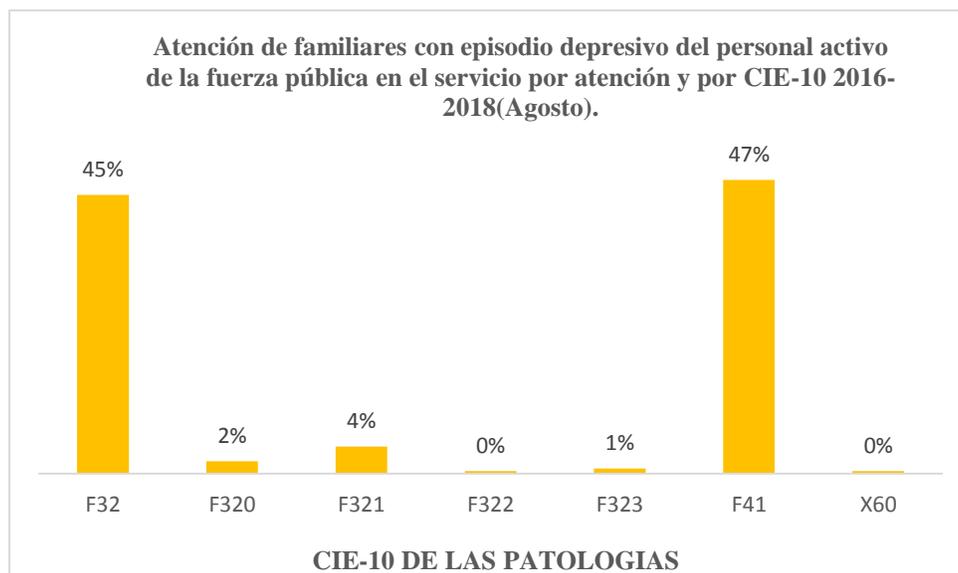


Figura 33 Atenciones a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por ATENCION y por CIE10.

Análisis: En los tres años de estudio se determina que las patologías con más atenciones de salud son F41: otros trastornos de ansiedad con el 47% y F32: episodio depresivo con el 45% en los familiares del personal activo de la fuerza pública, presentando pequeñas atenciones en las demás patologías de estudio.

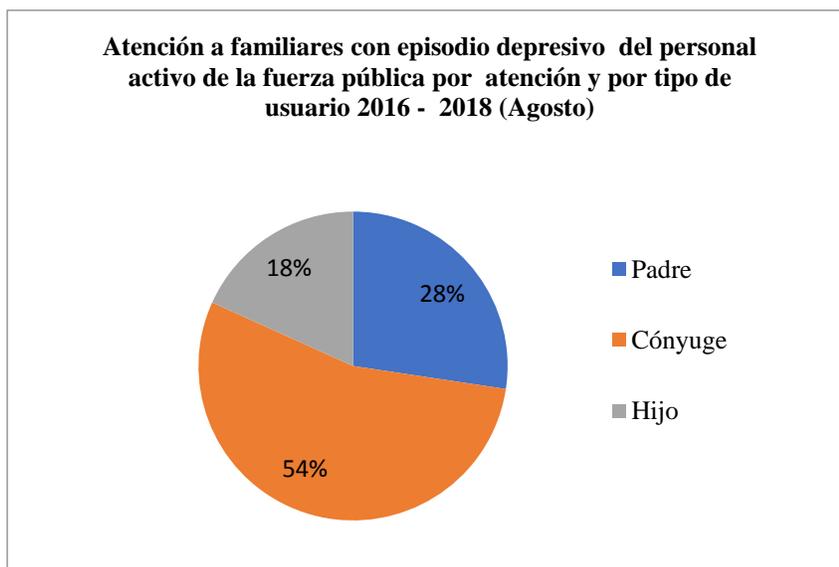


Figura 34 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por ATENCIONES y por TIPO DE USUARIO.

Análisis: se determina que el 54% de atenciones de salud presenta el cónyuge de personal activo de la fuerza pública seguida de los padres con un 28% de las atenciones y con un 18% en los hijos del personal activo de la fuerza pública. En el servicio de psiquiatría de la consulta externa

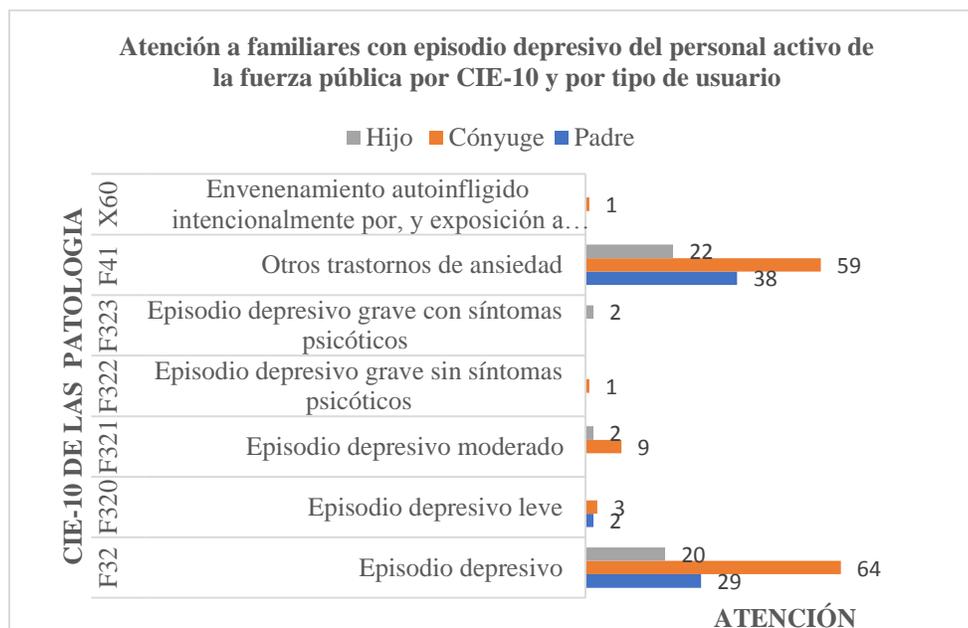


Figura 35 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por TIPO DE USUARIO y por CIE10

Análisis: Se determina que la cónyuge presenta mayor atención de salud en las patologías de estudio con mayor atención en la patología F32: episodio depresivo con 64 casos, seguida de la patología F41: otros trastornos de ansiedad con 59 casos, de igual forma los padres presentan atenciones de salud en las mismas patologías antes mencionadas con menor frecuencia del personal activo de la fuerza pública.

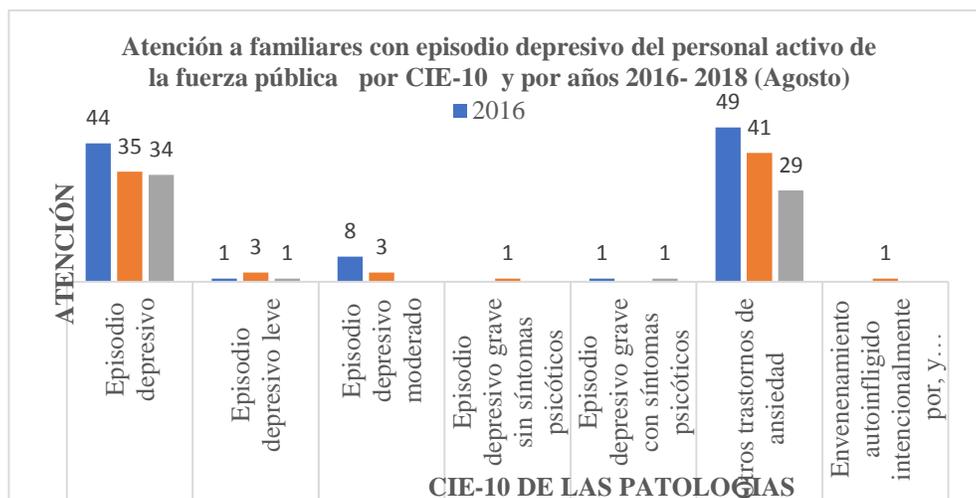


Figura 36 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por CIE10 y por AÑO.

Análisis: se determina que las patologías F32: episodio depresivo y F41: otros trastornos de ansiedad en los familiares del personal activo de la fuerza pública en los tres años de estudio presenta un crecimiento de las patologías mencionadas mientras que en las demás presenta disminución y hasta la ausencia de las atenciones en las patologías de estudio en la consulta externa en el servicio de psiquiatría.

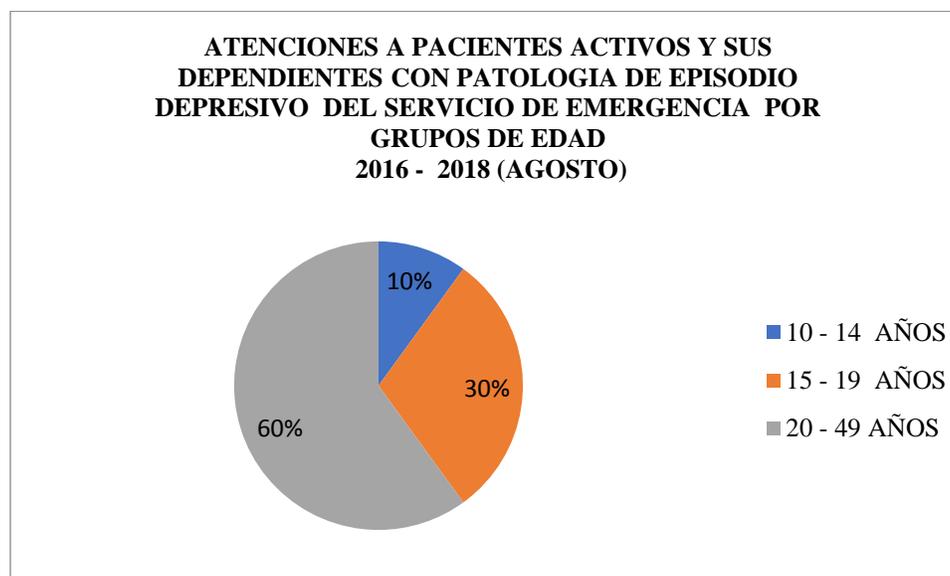
Hospital de la Fuerza Pública N°2 HOSPITALIZACION

Figura 37 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por ATENCIÓN y por GRUPOS DE EDAD.

Análisis: Se registran predominio de atenciones de salud en pacientes que se encuentran en edades de 20 a 49 años con el 60%, seguida de las edades entre 15 a 19 años con el 30% de y con un 10% de atenciones de salud entre las edades de 10- 14 años, de los familiares del personal activo de la fuerza pública en Hospitalización en el servicio de psiquiatría.

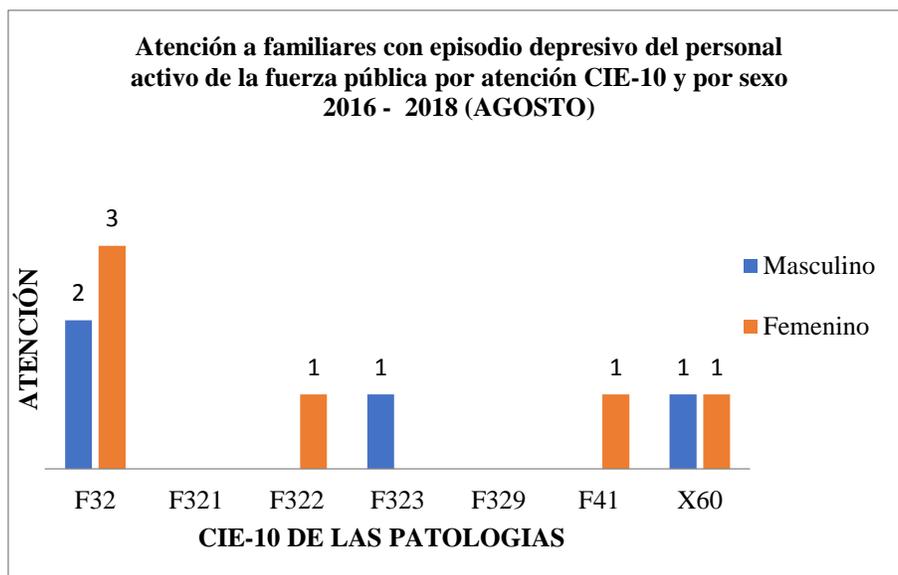


Figura 38 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por CIE10 y por SEXO.

Análisis: se determina que la mayor atención de salud corresponde al sexo femenino en la patología F32: episodio depresivo que el sexo masculino pero se considera igualdad entre el sexo masculino y femenino en las demás patologías de estudio como la X60.

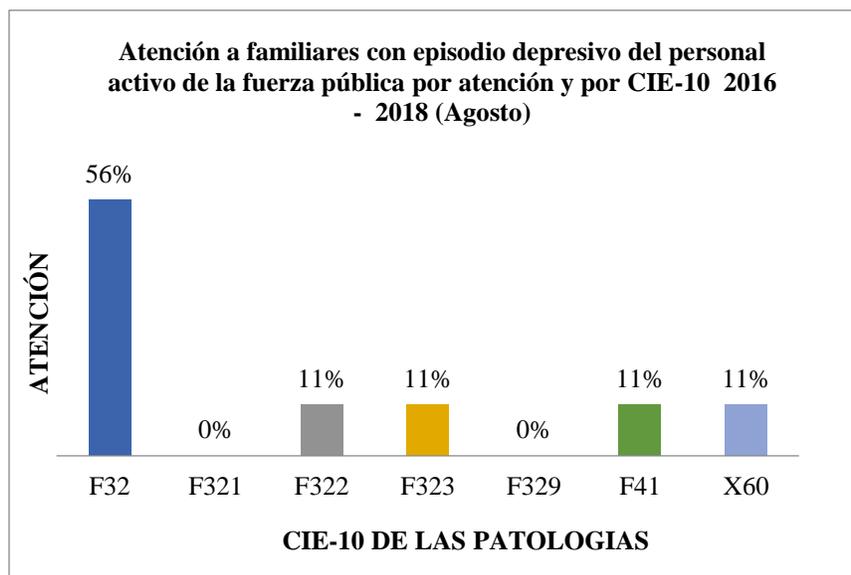


Figura 39 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por ATENCIÓN y por CIE10.

Análisis: se registra que en los tres años la patología predominante con mayor atención de salud es la patología F32: episodio depresivo con el 56% de atenciones en los familiares del personal activo de la fuerza pública en hospitalización en el servicio de psiquiatría,

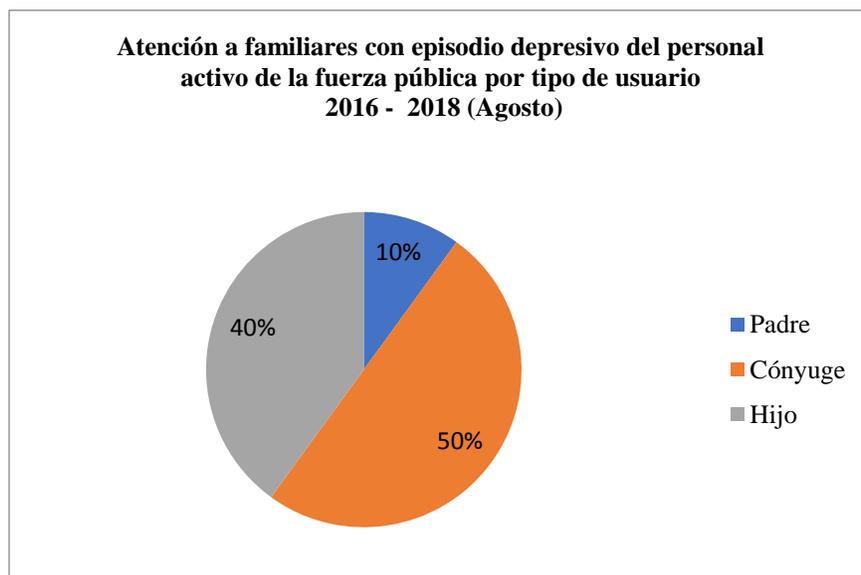


Figura 40 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública por ATENCIÓN y por TIPO DE USUARIO.

Análisis: Se presenta un predominio en atención de salud en el cónyuge del personal activo de la fuerza pública seguida con el 50%, mientras que con el 40% corresponde al hijo y el 10% al padre del personal activo de la fuerza pública en las atenciones con episodios depresivos en hospitalización en el servicio de psiquiatría

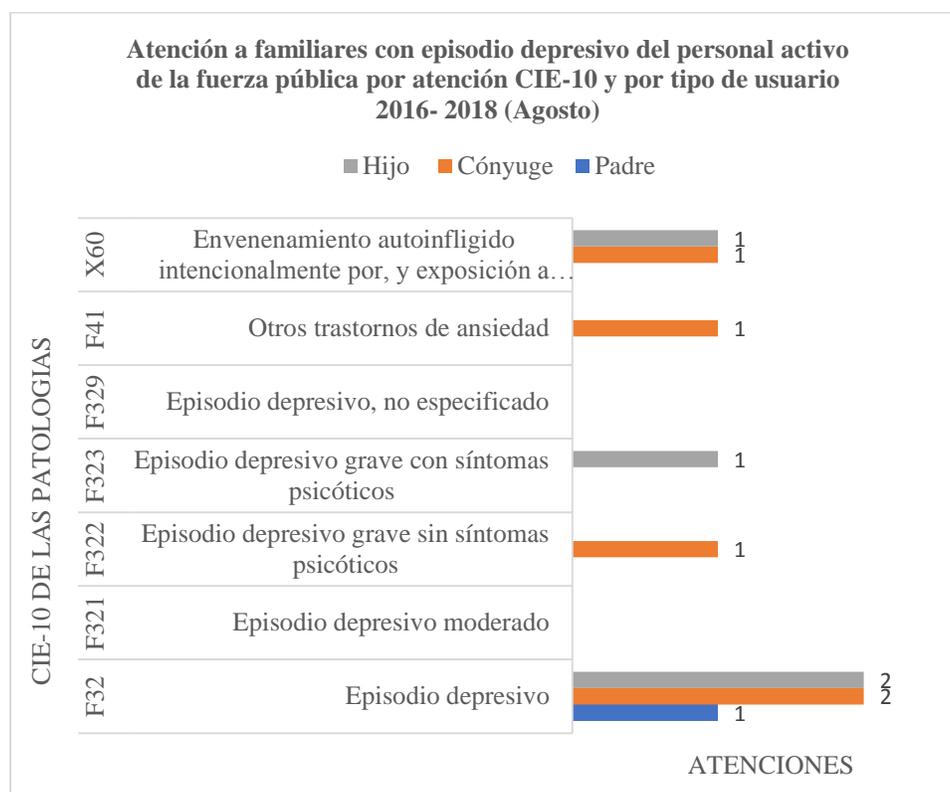


Figura 41 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por TIPO DE USUARIO y por CIE10.

Analisis: se determina que la patologia F32: episodio depresivo presenta mayor atenciones de salud pero al mismos tiempo presenta una igualdad en las atenciones del conyuge e hijo del personal activo de la fuerza publica, asi como atmbien una igualdad en la patologia X60: envenenamiento auto infringido intencional en hospitalizacion en el servicio de psiquiatria.

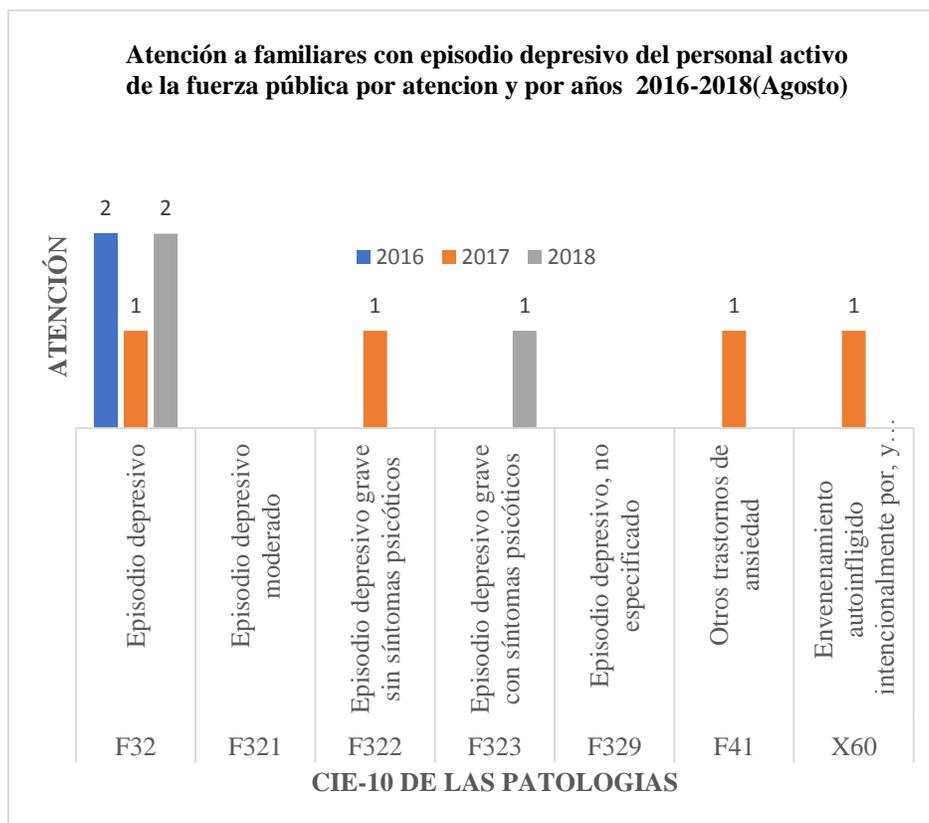


Figura 42 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por CIE10 y por AÑO.

Análisis: se determina que en los tres años de estudio se presenta una igualdad entre el año 2016 y 2018 y una disminución en el año 2017 en la patología F: 32 episodio depresivo, en atenciones al familiar del personal activo de la fuerza pública, así como disminución y ausencia de atenciones en las demás patología de estudio en los diferentes años.

Hospital de la Fuerza Pública No.2 - EMERGENCIA

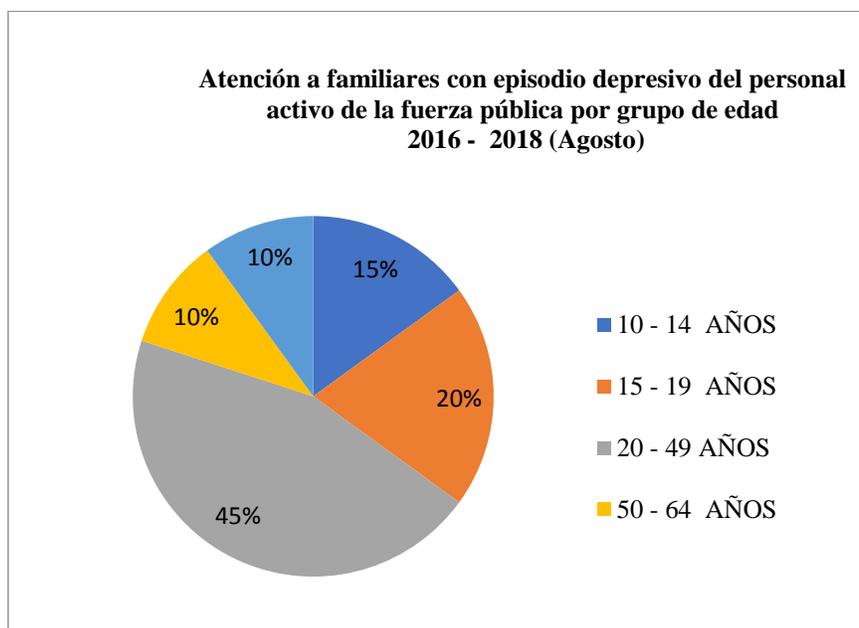


Figura 43 Atenciones a pacientes dependientes con Episodio Depresivo del personal activo, por ATENCIONES y por GRUPOS DE EDAD.

Análisis: se evidencia mayor atención de salud de los familiares del personal activo de la fuerza pública en las edades comprendidas entre 20 a 49 años con el 45% de las atenciones, Mientras que las edades de 65 y más presenta pocas atenciones de salud en los tres años de estudio en emergencia en el servicio de psiquiatría.

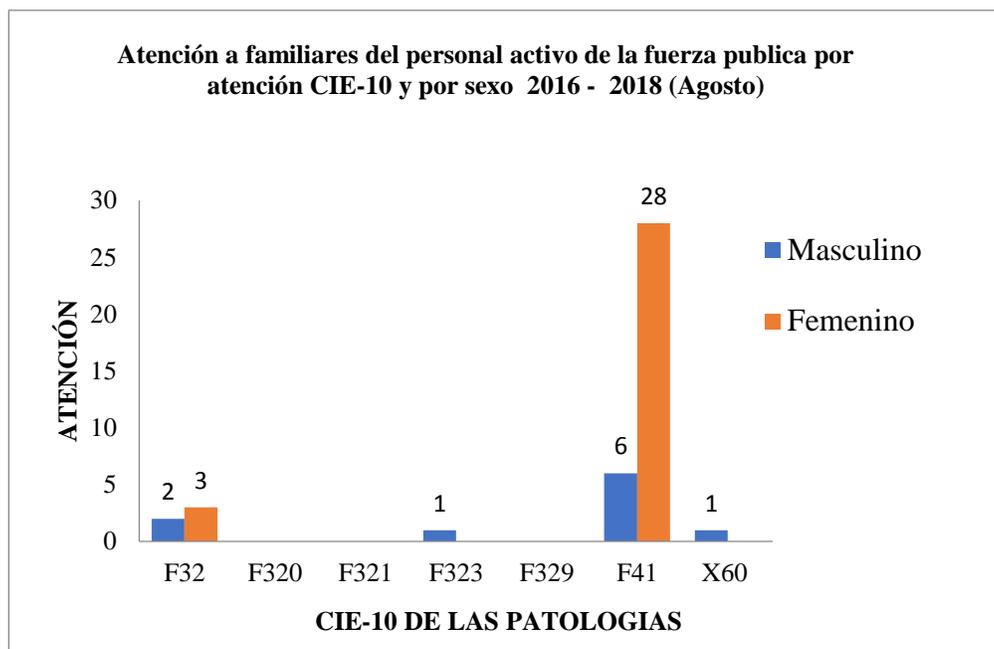


Figura 44. Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por CIE10 y por SEXO

Análisis: se determina que el sexo femenino presenta mayor atención de salud en las patologías F41: otros trastornos de ansiedad, seguida de F32: episodio y una ausencia en las otras patologías de estudio, mientras que el sexo femenino presenta atención en casi todas las patologías de estudio en el servicio de emergencia.

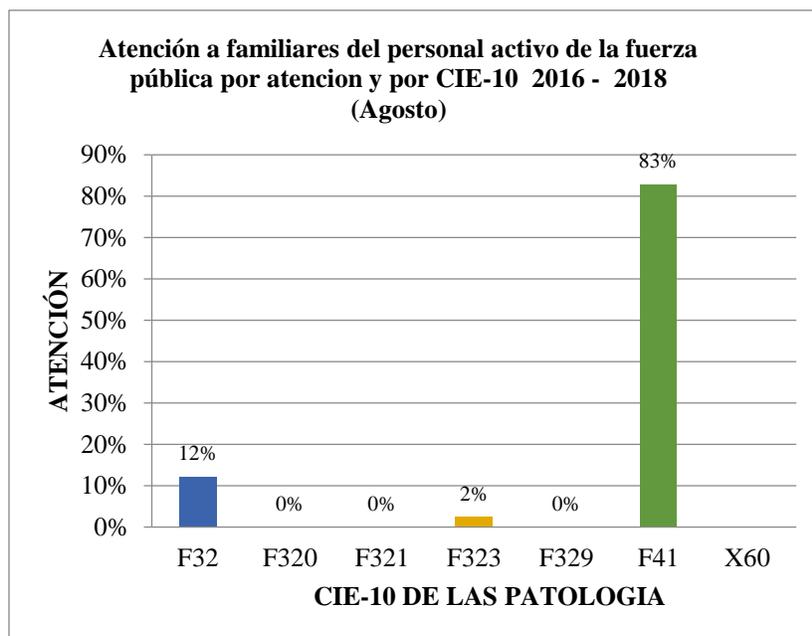


Figura 45 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por ATENCIÓN y por CIE10.

Análisis: se determina que en los tres años de estudio la patología con mayor casos de atención es F41: otros trastornos de ansiedad, F32: episodio depresivo y F323: episodio depresivo grave con síntomas, y una ausencia de atenciones en las demás patologías en las atenciones de los familiares del personal activo de la fuerza pública.

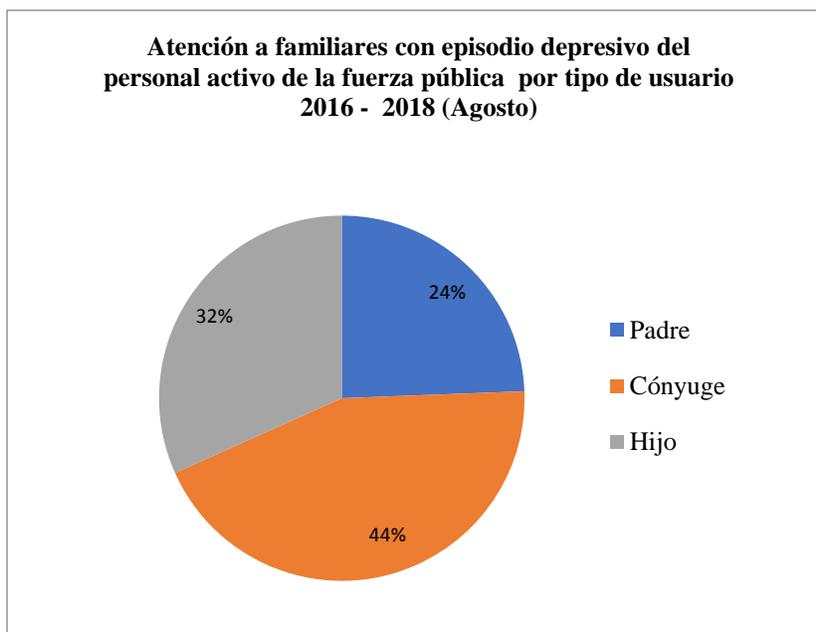


Figura 46 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por ATENCIONES y por TIPO DE USUARIO.

Análisis: con el 44% de las atenciones del familiar del personal activo de la fuerza pública corresponde a la cónyuge y el 32% de las atenciones de salud corresponde al hijo y el 24% de las corresponde al padre del personal activo de la fuerza pública en el servicio de emergencia.

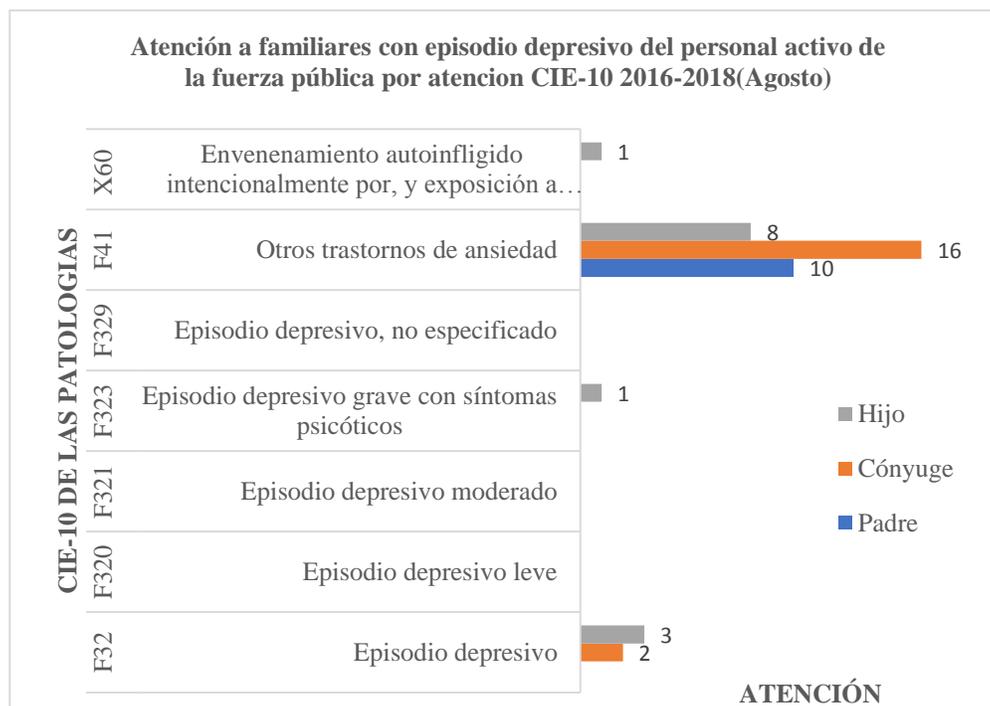


Figura 47 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por TIPO DE USUARIO y por CIE10.

Análisis: se registra que la patología con mayor atención es F41: otros trastornos de ansiedad que corresponden: en primer lugar a la cónyuge, en segundo lugar al padre y el tercer lugar al hijo del personal activo de la fuerza pública en el servicio de emergencia.

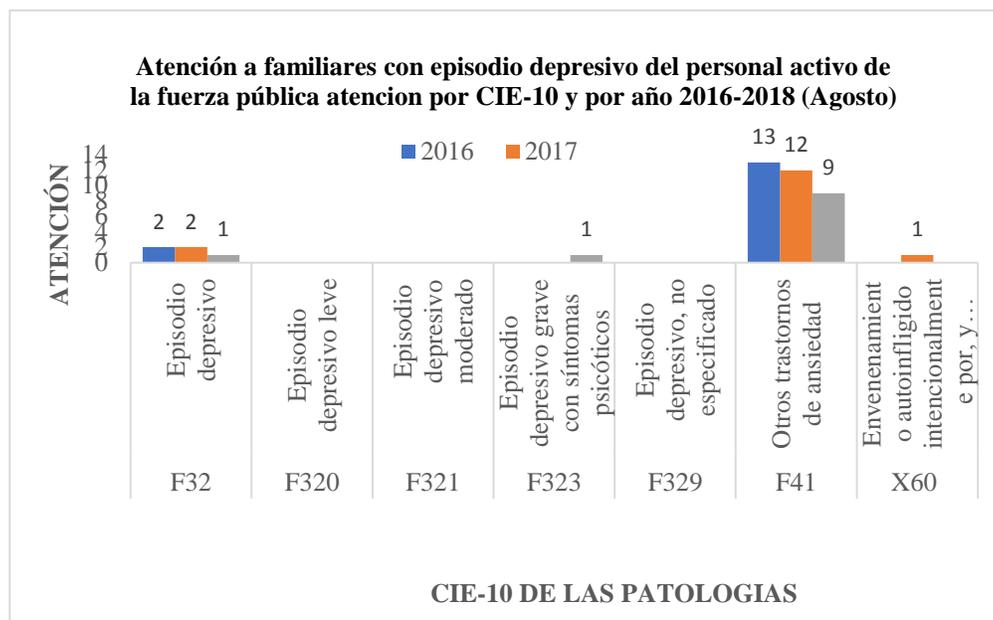


Figura 48 Atenciones a pacientes dependientes con episodio depresivo del personal activo, por CIE10 y por AÑO.

Análisis: se determina que de los tres años de estudio las patologías F41: otros trastornos de ansiedad y F32: episodio depresivo, presentan un descenso entre los años 2016, 2017 y 2018 agosto, y llegando a la ausencia de las demás patologías en estudio.

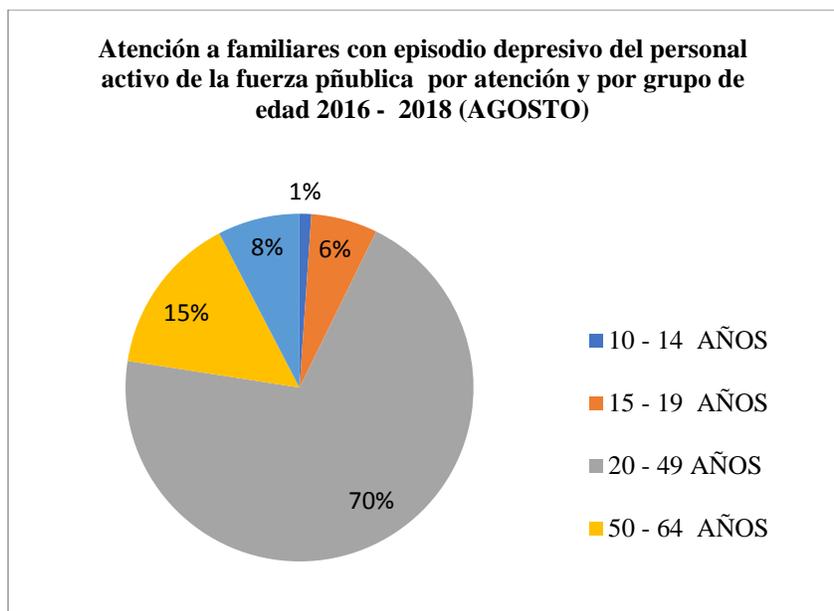
Hospital de la Fuerza Pública N°3 Guayaquil - CONSULTA EXTERNA

Figura 49 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por ATENCIONES y por GRUPOS DE EDAD.

Análisis: Se determina que la mayor atención a familiares con episodio depresivo esta entre los 20 a 49 años con el 70% y con una minoría de atenciones las edades entre 10 a 14 años por la consulta externa en el servicio de psiquiatría.

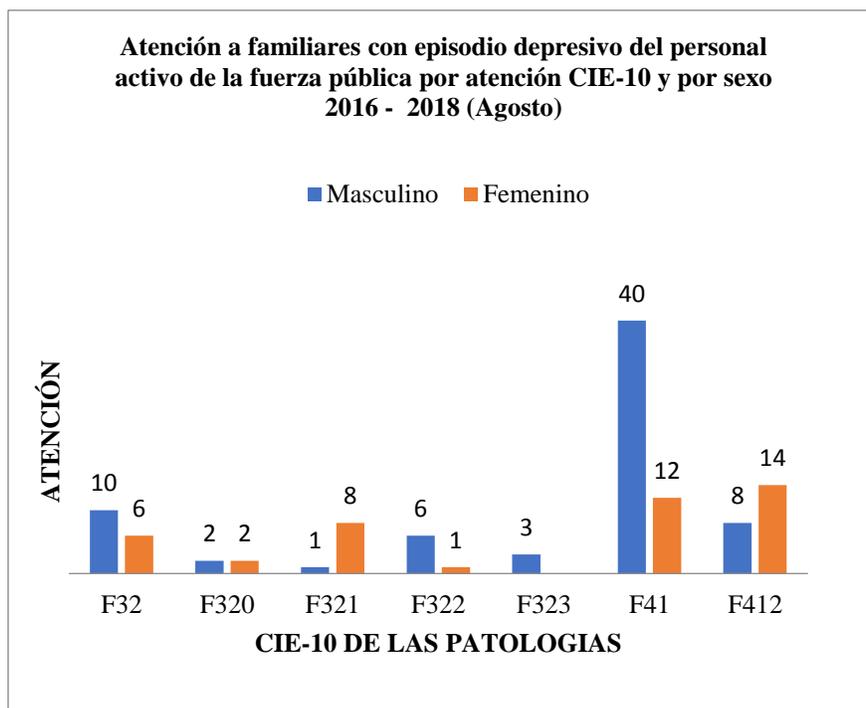


Figura 50 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por CIE10 y por SEXO

Análisis: la patología con mayor atención es la F41: otros trastornos de ansiedad y corresponde al sexo masculino con 40 casos, mientras que el sexo femenino presenta 12 casos de familiares del personal activo de la fuerza pública.

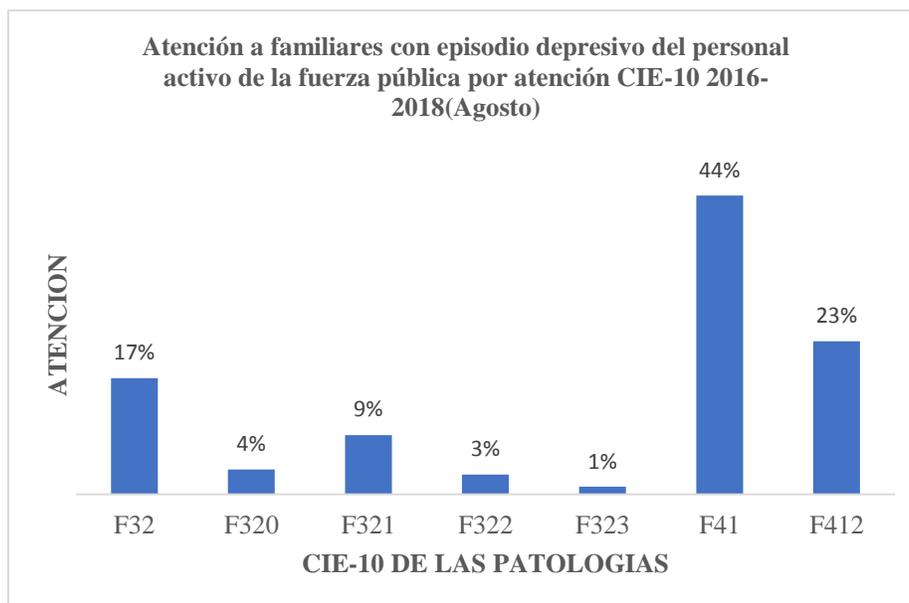


Figura 51 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por ATENCION y por CIE10.

Análisis: la patología con mayor atención de salud al familiar del personal activo de la fuerza pública es el F41: otros trastornos de ansiedad con el 44%, en segundo lugar F32: episodio depresivo con el 17 % de atenciones en el servicio de consulta externa.

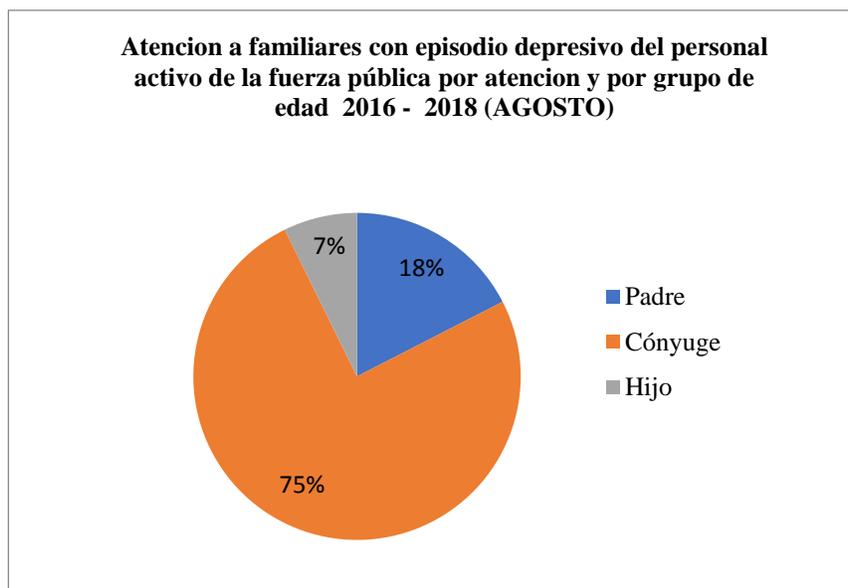


Figura 52 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por ATENCIONES y por TIPO DE USUARIO

Análisis: el familiar que presenta mayor atención de salud es la cónyuge con el 75% de las atenciones, en segundo lugar con el 18% corresponde al padre y en tercer lugar con el 7% corresponde al hijo del personal activo de la fuerza pública.

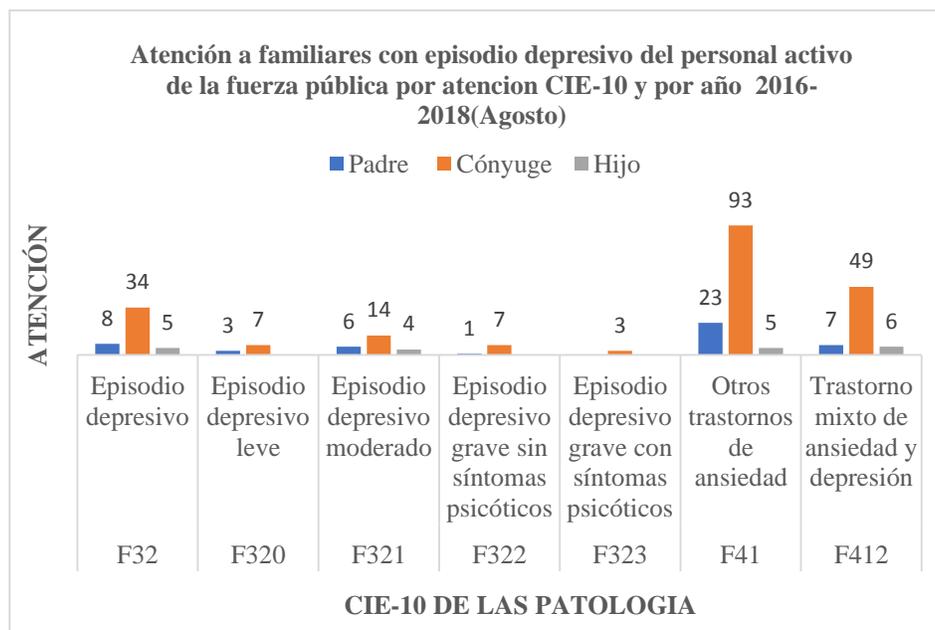


Figura 53 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo o de la fuerza pública, por TIPO DE USUARIO y por CIE10.

Análisis: el familiar con mayor atención es la cónyuge con la patología F41: otros trastornos de ansiedad que registra 93 casos, seguida F32: episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública en el servicio de consulta externa.

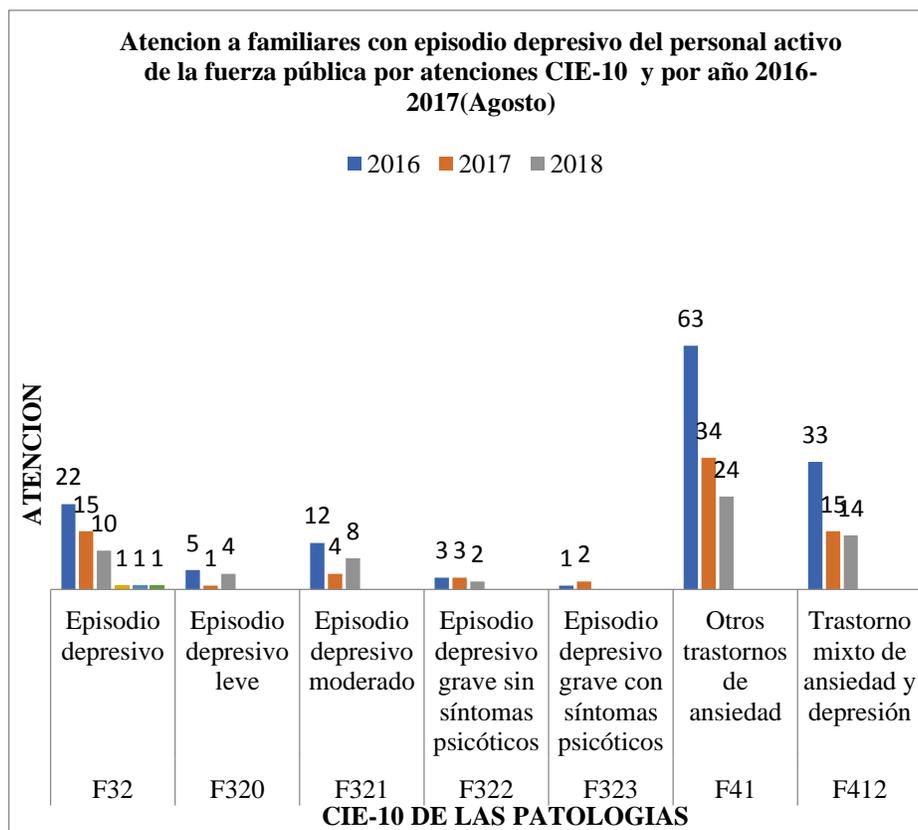


Figura 54 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por CIE10 y por AÑO

Análisis: en los tres años de estudio tenemos que la patología con mayor frecuencia es la F41: otros trastornos de ansiedad y F41.2: trastorno mixto de ansiedad y depresión con una disminución de los casos entre los años 2016. 2017 y 2018 agosto.

Hospital de la Fuerza Pública N°3 Guayaquil - HOSPITALIZACIÓN

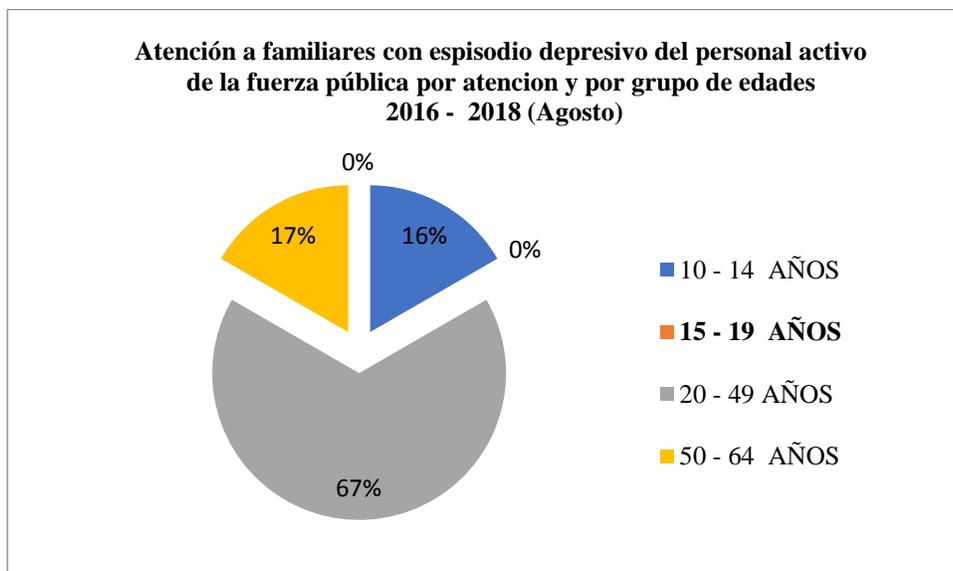


Figura 55 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por ATENCIONES y por GRUPOS DE EDAD.

Análisis: las edades que se evidenciaron con mayor número de atenciones por episodio depresivo están comprendidas entre 20 a 49 años de edad con el 67 %, mientras que las edades entre 15 a 19 años y 65 años y más, no presentan atenciones por episodio depresivo el familiar del personal activo de la fuerza pública.

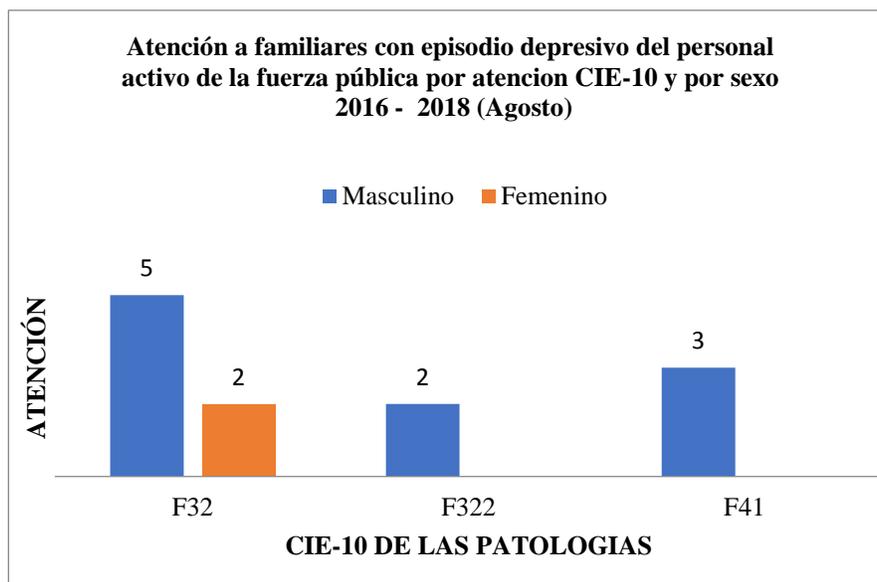


Figura 56 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por CIE10 y por SEXO.

Análisis: el sexo que presenta mayor atención en todas las patologías es el sexo masculino mientras que el sexo femenino presenta solo atención en la patología F32: episodio depresivo en el familiar del personal activo de la fuerza pública en hospitalización en el servicio de emergencia.

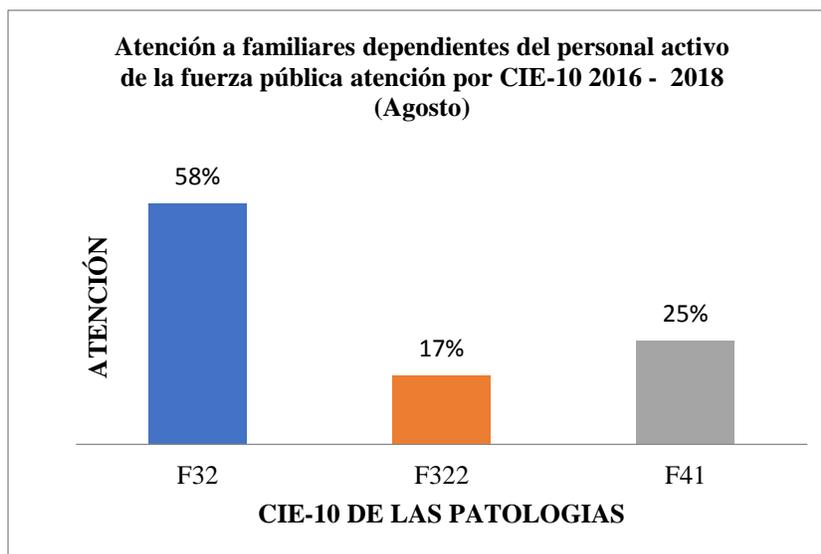


Figura 57 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por ATENCION y por CIE10

Análisis: Se evidencian que mayor atenciones de salud con el 58 % pertenece a la patología F32: episodio depresivo, seguido de la patología F41: otros trastornos de ansiedad con el 25% y con un 17% la patología F32.2: episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

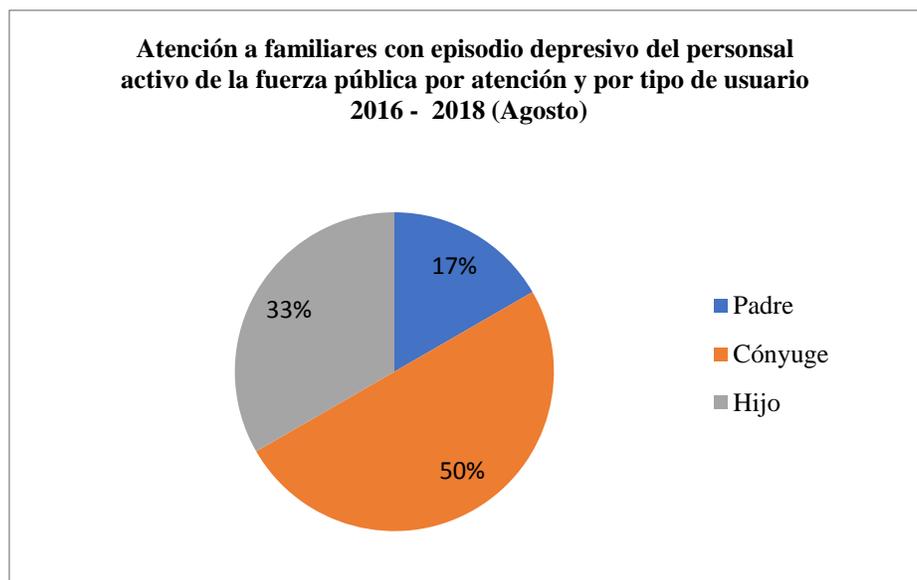


Figura 58 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por ATENCIONES y por TIPO DE USUARIO.

Análisis: tenemos que el 50% de las atenciones a familiares con episodio depresivo corresponde a la cónyuge del personal activo de la fuerza pública, con el 33% de atenciones que corresponde al hijo y un 17 % al padre del personal en servicio activo de la fuerza pública. En el servicio de hospitalización.

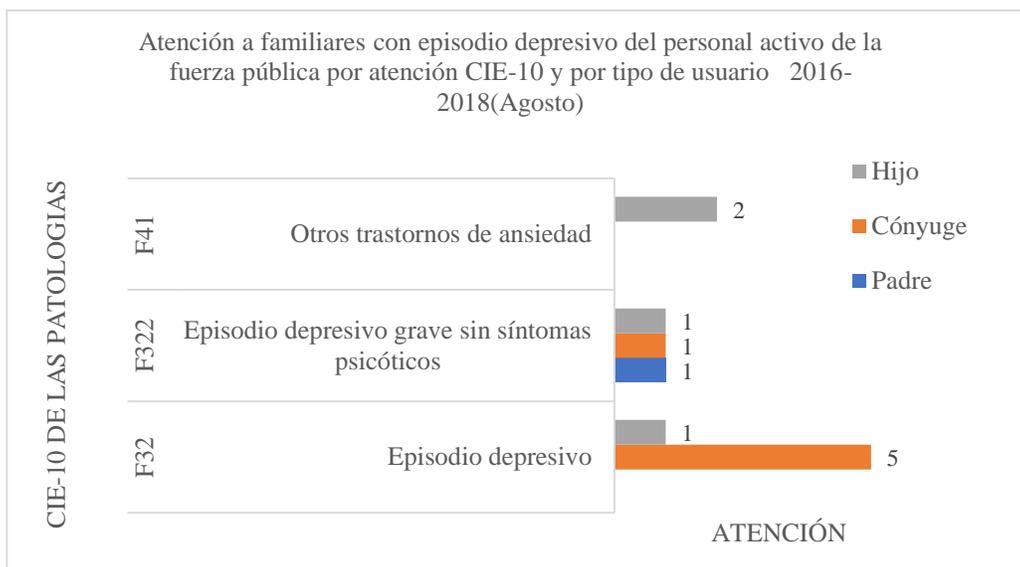


Figura 59 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por TIPO DE USUARIO y por CIE10.

Análisis: la patología con mayor atención es F32: episodio depresivo que corresponde a la cónyuge del personal activo de la fuerza pública, seguida de la F41: otros trastornos de ansiedad que corresponde al hijo del personal activo de la fuerza pública en hospitalización en el servicio de psiquiatría.

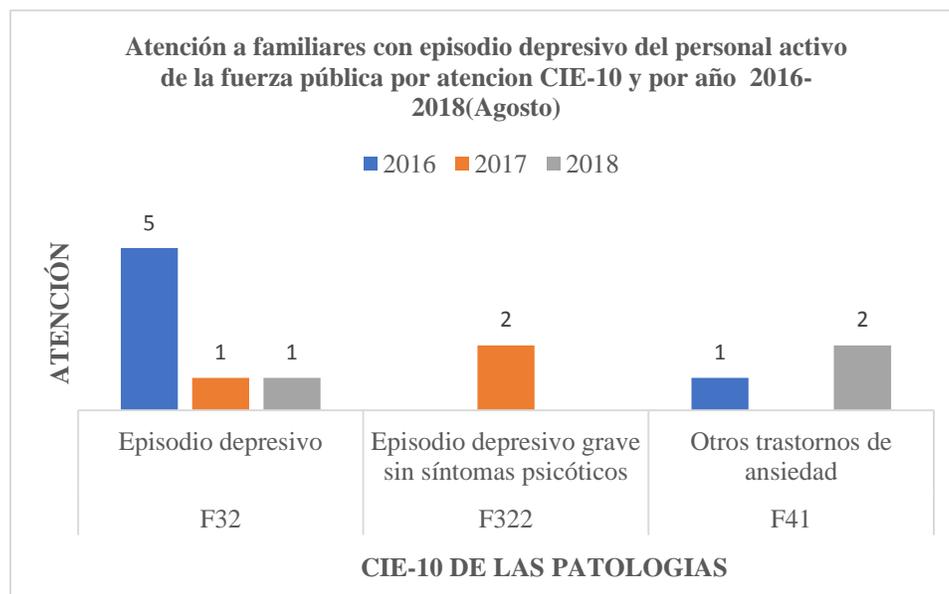


Figura 60 Atenciones a pacientes dependientes con episodio depresivo del personal activo, por CIE10 y por AÑO.

Análisis: se registran de los tres años de estudio que la patología F32: episodio depresivo presenta una disminución desde el año 2016 al 2018 agosto en atenciones a familiares del personal activo de la fuerza pública.

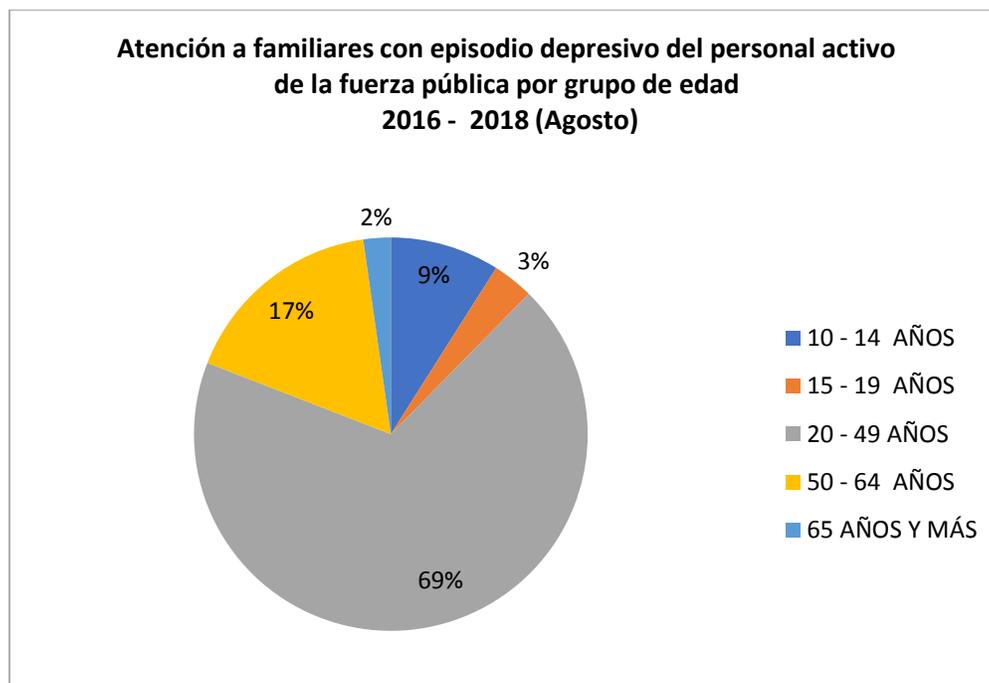
Hospital de la Fuerza Pública N°3 Guayaquil (Hospital de las Fuerzas Armadas)**EMERGENCIA**

Figura 61 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por ATENCIONES y por GRUPOS DE EDAD.

Análisis: se determina que las edades con mayor atención con el 69% son 20-49 años y con una mínima atención con el 2% es entre 65 años y más de los familiares del personal activo de la fuerza pública del servicio de emergencia.

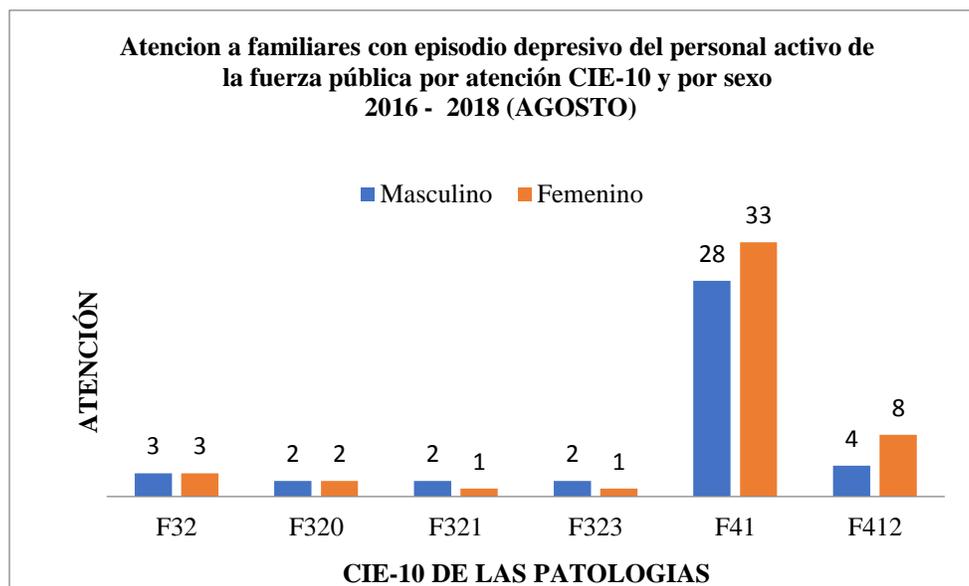


Figura 62 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por CIE10 y por SEXO.

Análisis: el sexo que más atenciones presenta con la patología F41: otros trastornos de ansiedad es el sexo femenino con 33 casos, presentado una igualdad del sexo masculino y femenino en las otras patologías en los familiares del personal activo de la fuerza pública en el servicio de emergencia.

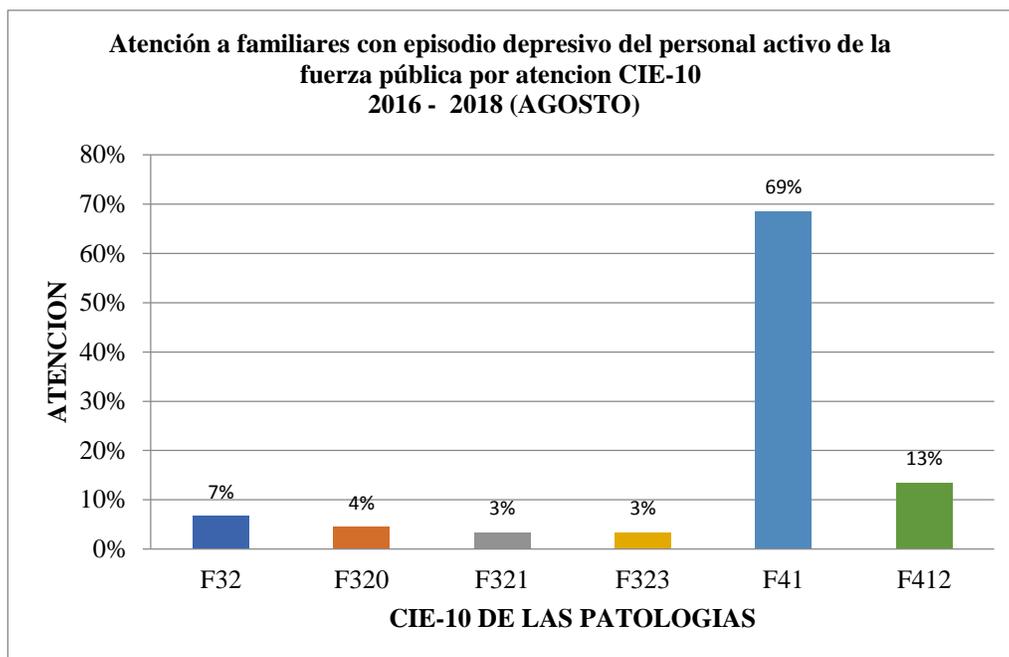


Figura 63 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por ATENCIÓN y por CIE10.

Análisis: la patología con mayor atención de familiares del personal activo de la fuerza pública es la F41: otros trastornos de ansiedad, con el 69% en el servicio de emergencia.

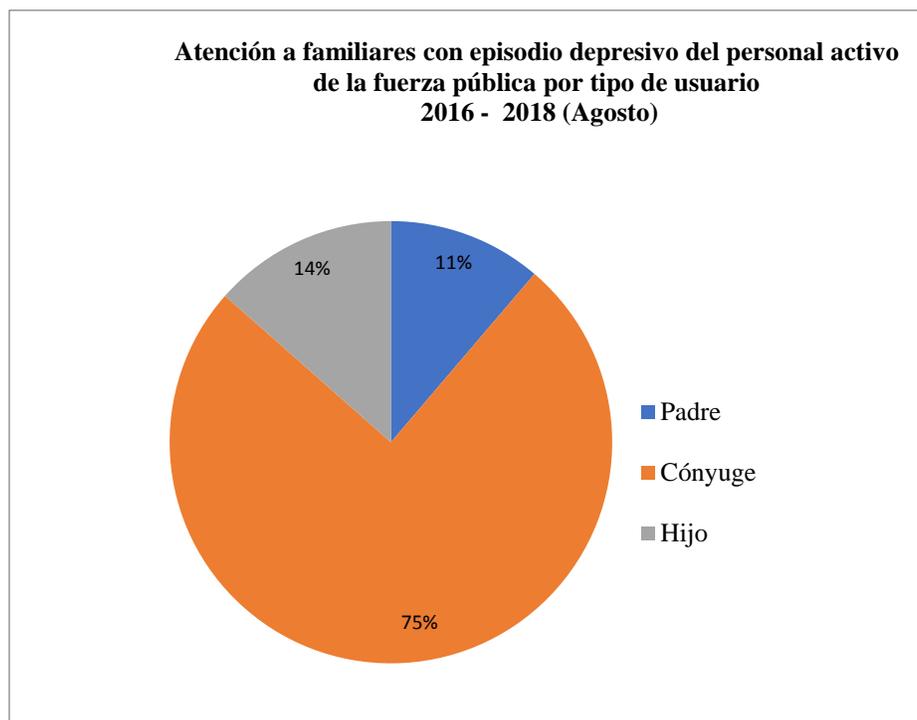


Figura 64 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por ATENCIONES y por TIPO DE USUARIO.

Análisis: se determina que el familiar con mayor atención en el servicio de emergencia corresponde a la cónyuge con el 75%, seguido con atención en el hijo con 14 % de atenciones y con el 11 % al padre del familiar del personal activo de la fuerza pública. En el servicio de emergencia.

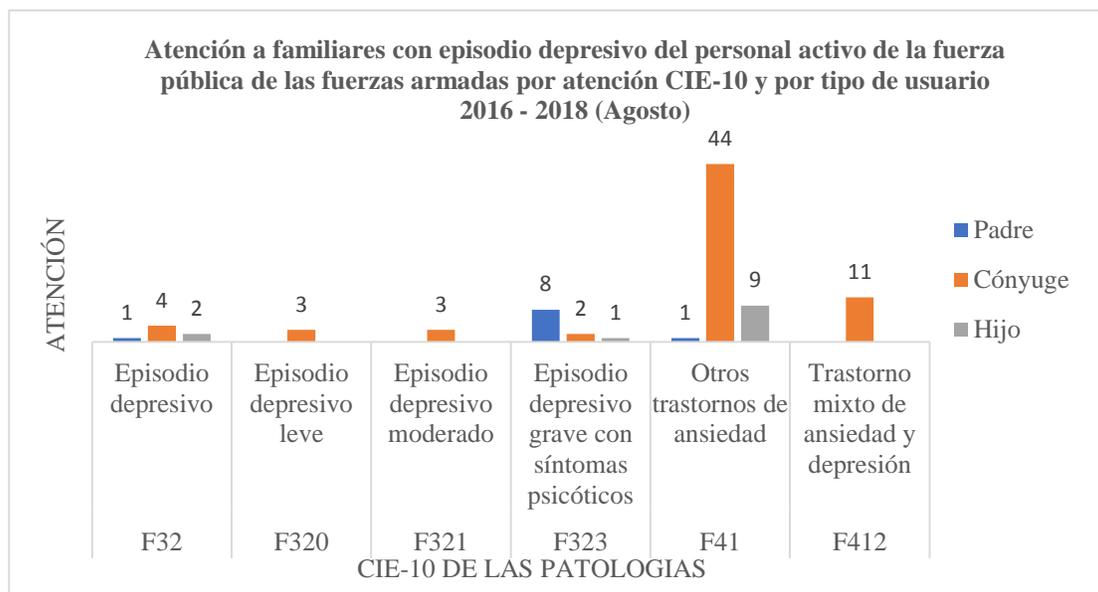


Figura 65 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por TIPO DE USUARIO y por CIE10.

Análisis: Según el tipo de usuario y el CIE – 10, las atenciones en hospitalización que más se dieron son las registradas con el código F41: otros trastornos de ansiedad, es la cónyuge del personal del servicio activo de la fuerza pública.

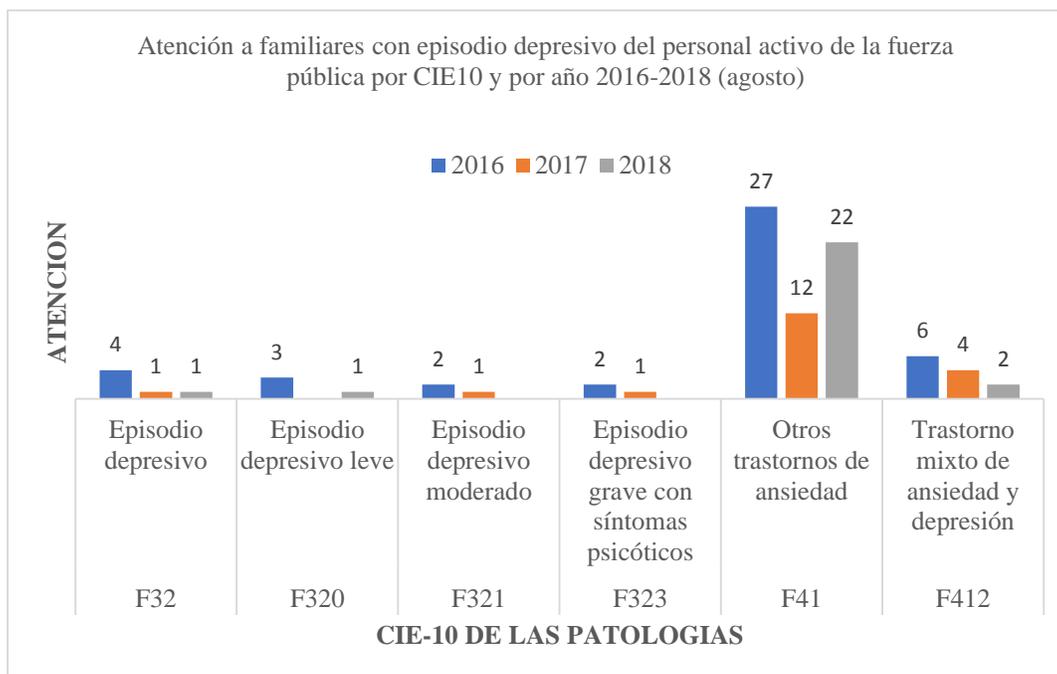


Figura 66 Atención a familiares con episodio depresivo del personal activo de la fuerza pública, por CIE10 y por AÑO.

Análisis: de los tres años de estudio observamos que la patología F41:otros trastornos de ansiedad, presenta una disminución en el año 2017 a comparación 2016 y un aumento en el 2018 a comparación del año 2017, en relación a las otras patologías presenta una mínima atención.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- a) Se determina mediante la revisión de historias clínicas y entrevistas que los principales factores de riesgo del episodio depresivo en familiares del personal activo de los hospitales de estudio son:
- Los pases laborales a otras ciudades del personal militar y policía.
 - El cónyuge demanda tiempo de parte de la pareja en la crianza de los hijos.
 - Demás problemas familiares.
- b) Se determina a través de los datos estadísticos proporcionados por los hospitales de estudio que el integrante con mayor incidencia de episodio depresivo es la cónyuge, seguida en un segundo lugar los hijos y en tercer lugar los padres del personal activo de la Fuerza Pública.
- c) Se concluye que las patologías que reportan más casos atendidos en los hospitales de estudio son; F32: Episodio Depresivo y F41: Otros trastornos de ansiedad. Estos diagnósticos se pudieron ver más en la cónyuge del personal activo de la Fuerza Pública.
- d) Mediante este estudio se pudo determinar la percepción de la satisfacción, en las condiciones de bienestar y naturaleza del trabajo, del personal que labora en el servicio de psiquiatría (brindando atención al paciente con episodio depresivo en los servicios de hospitalización, consulta externa y emergencia), con los siguientes resultados:
- Del 100% del personal encuestado, el 55% presenta una alta satisfacción en el manejo del paciente con episodio depresivo.

- Del 100% del personal encuestado, el 45% presenta una satisfacción media para la atención de los pacientes con episodio depresivo.
 - Del 100% del personal encuestado, el 50 % presenta una satisfacción media en el conocimiento y existencia de protocolos en manejo de los pacientes con episodio depresivo por parte de los servicios en los hospitales de estudio.
 - Crear una estrategia para mejorar la atención en familiares primarios del personal activo de la Fuerza Pública con episodio depresivo.
- e) En base a los resultados expuestos en este estudio, se ve necesario ejecutar una estrategia para mejorar la atención en familiares primarios del personal activo de la Fuerza Pública con episodio depresivo.

RECOMENDACIONES

En función de los resultados obtenidos y de los objetivos, se presentan las siguientes recomendaciones, para mejorar la atención en los familiares primarios de las Fuerzas Públicas con episodios depresivos:

- Crear grupos gestores y redes de apoyo para usuarios con episodios depresivos, quienes podrán aportar con el desarrollo de actividades de promoción de actividades que contribuyan con la salud mental, disminuyendo la reincidencia de la patología.
- Organizar actividades recreativas entre personal de salud y el familiar del personal activo de la fuerza pública, permitiendo la detección temprana de episodios depresivos, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria que ayuden a mejorar la calidad de vida del familiar.
- Desarrollar guías intrahospitalarias para la prevención de depresión.

- Ejecutar labores de promoción de la salud mental para reducir el número de casos de episodios depresivos, en los familiares primarios del personal activo de la Fuerza Pública.
- Continuar el seguimiento estadístico respectivo del número de casos atendidos por episodio depresivo y patologías asociadas en familiares primarios del personal activo de la Fuerza Pública.
- Desarrollar constantes capacitaciones para formar al personal que se encuentra a cargo de los pacientes de salud mental.
- Realizar constantes mediciones de la satisfacción del personal que labora en el servicio de psiquiatría brindando atención al paciente con episodio depresivo.
- Implementar protocolos de atención en los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia para el manejo del usuario con patología de episodio depresivo, permitiendo así una mejor atención por el personal de salud en los hospitales de la fuerza pública.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

Estrategias para la gestión en la atención a familiares primarios con episodio depresivo del personal activo de la Fuerza Pública, en el Servicio de Psiquiatría de los hospitales en estudio.

Planteamiento de estrategias

Las siguientes estrategias se han planteado en función de los resultados obtenidos de los hospitales de estudio, orientadas a la promoción y mejora de los individuos, familia y la comunidad de la fuerza pública, es por eso que ponemos a consideración las siguientes iniciativas de propuestas estratégicas para el área de salud mental.

Impulsar el desarrollo de acciones de fortalecimiento en el tratamiento grupal de episodios depresivos mediante los mecanismos de capacitación y terapia grupal dotando para el área de salud mental un espacio adecuado.

Dejamos a consideración de los Hospitales de la Fuerza Pública el fortalecer las alianzas estratégicas entre entidades promotoras del deporte, cultura, centros de apoyo a la mujer y al adulto mayor, para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud mental, prevención específica, detección temprana y atención integral de los episodios depresivos.

Básicamente se expone en este trabajo la construcción conjunta de nuevas propuestas, buscando sinergias y sincronías junto con las unidades de Salud de la Fuerza Pública.

Problema	Objetivo	Estrategia	Actores	Desarrollo
Falta de conocimiento acerca de episodios depresivos como principal factor de riesgo	Ejecución de guías intrahospitalarias para la prevención de depresión.	Guías de prevención para el manejo de episodios depresivos,	Usuarios internos y externos	<ul style="list-style-type: none"> ● A través del desarrollo de esta estrategia pretendemos sugerir nuevos mecanismos de educar a nivel intrahospitalario sobre la depresión y como prevenirla por medio del conocimiento. ● Hacer un seguimiento a los casos de depresión, utilizando tecnologías de la información y la comunicación en usuarios de las unidades Hospitalarias de la Fuerza Pública.
	Proporcionar a los usuarios el conocimiento y las Habilidades necesarias para que puedan prevenir o reincidir en el cuadro.	Autocuidado en el familiar del personal activo de la fuerza publica	Usuarios internos, externos y comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollar talleres con pacientes y familiares en espacios externos frecuentados por los usuarios externos fortaleciendo y promoviendo el autocuidado. ● Creación de grupos de apoyo entre los pacientes y familiares que recurren en episodios depresivos.
	Formar al personal que se encuentra a cargo de los pacientes de salud mental	Capacitación al personal de salud	Usuarios Internos	<ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionar información actualizada a los usuarios internos por medio de presentación de casos, capacitaciones periódicas, recolección de necesidades e inquietudes del personal.
Reducidos espacios y horas para las psicoterapias Grupales	Potencializar el tratamiento con terapias grupales en pacientes con episodios depresivos	Terapias grupales intrahospitalarias con el Fortalecimiento del tratamiento	Usuarios internos y externos	<ul style="list-style-type: none"> ● Integración de usuarios externos con episodios depresivos en terapias grupales continuas. ● Adecuación de espacios para el desarrollo de las terapias grupales.
	Proporcionar a los usuarios nuevas alternativas de actividades que puedan controlar los episodios depresivos	Actividades recreativas que mejoren el desempeño productivo en la sociedad	Usuarios externos y comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Creación de grupos de: Pintura Música Deportes Bailo terapia Jardinería
Problema paterno filial y Violencia Intrafamiliar	Reducir el número de casos de episodios depresivos por problemas paterno filiales	Fortalecimiento de las relaciones de pareja y paterno filiales	Usuarios Externos y comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Creación de escuelas para padres en las Fuerzas Públicas.
	Reducir casos de episodios de depresivos por violencia intrafamiliar			

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Tamayo Martínez, N., Gómez Restrepo, C., Ramírez, S., & Nelcy Rodríguez, M. (2015). *Prevalencia de trastornos del afecto y de ansiedad en personas con condiciones crónicas. Resultado de la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia. elsevier*, 143.
- Agudelo Vélez, D. M., & Casadiegos Garzón, C. P. (2011). *Características de ansiedad y depresión. Internacional Journal of Psychological Research*, 34-39.
- Argilaga*, M. a. (1986). La Investigación Cualitativa. En M. a. Argilaga*, *La Investigación Cualitativa* (págs. 23-50). Educar .
- Banchón, K. J. (2018). *Repositorio Institucional de la Ciudad de Guayaquil*. 43,44. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/27060>
- Barber, C. (2014). *La depresión según el sexo y la edad*. Obtenido de <http://www.asteriscos.tv/salud-257.html>
- Body, N. o. (s.f.). *Una nueva visión de la depresión*.
- Briceño Castillo, X., & Tusa Jumbo, F. (2017). Tipologías de personalidad existentes en pacientes con trastorno depresivo, estudio de. *utmachala*, 985.
- Cassano, P., & Argibay, P. (2010). *Depresión y neuroplasticidad. Interacción de los sistemas nervioso, endocrino e inmune. Medicina*, 185-193.
- Chahua, M., Sordo, L., Molist, G., & Domingo, A. (2014). *Depresión en jóvenes usuarios regulares de cocaína reclutados en la comunidad. ElSelvier*, 159.
- DSM-IV. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador*, 97.
- Ecuador, P. N. (2018). *Policía Nacional del Ecuador*. Obtenido de www.policiaecuador.gob.ec/hospital-guayaquil-no-2/
- Elterman, D., & Pelman, R. (2014). *Salud masculina: un nuevo paradigma, estrategias para la atención de salud, apoyo, educación e investigación. Revista Médica Clínica Condes*, 41.
- Fuhrmann, C. M. (2017). Depression: A society's challenge we need to discuss. *Cubana Salud Pública*, 43 .
- Garrido Ellustondo, S., Reneses, B., Navalón, A., Ramos, I., Martín, O., & Fuentes, M. (2016). *Capacidad de detección de patología psiquiátrica por el médico de familia. ELSEVIER*, 456.
- Gonzales, M., Risco, L., & Garay, J. L. (2015). *Evaluación funcional del eje Hipotálamo-Hipófisi-Tiroides en episodio depresivo mayor unico. Revista de Neuro-Psiquiatria*, 320-328. Recuperado el 29 de Septiembre de 2018, de file:///c:/users/evelyn/downloads/evaluacion_funcional_del_eje_hipotalamo-hipofisis-.pdf
- Guachichulla Ordoñez, L. A., & Gómez Calero, R. E. (24 de mayo de 2017). *Estudio de caso sobre el impacto del conflicto del cenepa en la postguerra machaleña. Olimpia*, 144.
- Guayas, P. (2018). *Guayaquil - Cantones de la Provincia del Guayas - Prefectura del Guayas*. Obtenido de <http://www.guayas.gob.ec/cantones/guayaquil>
- HOSNAG. (2018). *Hospital Naval Guayaquil*. Obtenido de <http://www.hosnag.armada.mil.ec>

- INEC. (2015). *Instituto Ecuatoriano de Estadías y Censos*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2017/infografia-depresion.pdf>
- INEC. (2016). *Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-inec/2017/salud%20mental-02.png>
- Jaramillo, P. L. (2015). "La Influencia de los Niveles de Depresión en el desarrollo de Actitudes Disfuncionales de las PPL". Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/7069/1/T-UCE-0007-235c.pdf>
- Jesús de Pedro Cuestaa, Jerónimo Saiz Ruiz b, Miquel Rocac, Isabel Noguer . (2016). *Salud mental y salud pública en Espana: "vigilancia epidemiológica"*. Elsevier, *Psiquiatría Biológica*, 71.
- Jiménez1, I. V. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas. *Calidad en la Educación Superior*, 126.
- Juan Álvaro Oliveros, Johan Sebastián Fandino, Yury Marcela Torres. (2016). *Factores motivacionales hacia el trabajo en el Departamento de Enfermería en un Hospital de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá*. Elsevier, 124.
- Miller. (1998). Neuroendocrine and immune system interaztions in stress and depression. *Psychiat Clin North Am*, 63-443.
- MSP. (2017). Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. *Guía de Práctica Clínica*, 46. Obtenido de Guía de Práctica Clínica.
- MSP. (2017). Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrentes en adultos. *Guía de Práctica Clínica*, 10.
- Nacional, P. (2014). *Ley-organica-de-la-policia-nacional*. Obtenido de www.ministeriointerior.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/ley-organica-de-la-policia-nacional.pdf
- Nacional, P. (2017). *Ministerio del interior*. Obtenido de <file:///c:/users/ada/desktop/1-informe-hospital-quito-rc-2016-1.pdf>
- OMS. (2017). *Google Academico* . Obtenido de Google Academico : http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/q2/es
- OMS. (2017). *mhGAP*. Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34071/9789241549790-spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y>
- OPS. (2017). *Organización Panamericana de la Salud* . Obtenido de 'Depresión: hablemos', en el Día Mundial de la Salud 2017: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1886:depression-hablemos-en-el-dia-mundial-de-la-salud-2017&Itemid=360
- Pérez Gomez, a., & Perez Gomez, A. (s.f.).
- Puerta Polo , J., & Padilla Díaz, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la Depresión. *Dialnet*, 254.
- Quito, M. d. (13 de Octubre de 2018). *Google academico*. Obtenido de https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Distrito_Metropolitano_de_Quito&oldid=111169127

- Revilla López, C., Calderón , A., Enriquez, N., & Prados , A. (2015). Baja concordancia entre la información clínica de atención primaria y hospital. *Elsevier*, 249.
- Salud, O. M. (2010). *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Ginebra, Suiza: OMS
- Sanz, B., Rey , L., & Otero, L. (2014). Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Elsevier*, 107.
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, 9-20. Recuperado el 29 de Septiembre de 2018, de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500002>.
- Stuckler, D., & Sanjay, B. (2014). Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte. *Elsevier*, 2013.
- Vetere, Giselle; Sánchez, María Eugenia; Medina, Vanesa Solange. (2016). *Asociación entre depresión, ansiedad y estrategias de afrontamiento en mujeres víctimas de violencia de género*. Obtenido de <https://www.aacademica.org/000-044/285>
- Zander Neves, C., Devicari Bueno, C., & Pires Felden , G. (2018). Tabaco en adolescentes escolares brasileños: asociación con salud mental y contexto familiar. *Elsevier*, 220.