

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**Incidencia del trastorno depresivo mayor en pacientes de 18 a 65 años
en el Instituto de Neurociencias, periodo septiembre 2021 – septiembre
2022**

AUTORES:

Burneo Valarezo Jocelyne Daniela

Lara Castro Mario Nicolás

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

MÉDICO

TUTOR

Dr. PhD. Mgs. Gómez Landires Eduardo Alfredo

Guayaquil, Ecuador

1 de septiembre del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Burneo Valarezo, Jocelyne Daniela; Lara Castro, Mario Nicolás**, como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

TUTOR

f.- _____

Gómez Landires, Eduardo Alfredo

DIRECTOR DE LA CARRERA

f.- _____

Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, 01 de septiembre de 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Burneo Valarezo, Jocelyne Daniela;**
Lara Castro Mario Nicolás

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **INCIDENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN PACIENTES DE 18 A 65 AÑOS EN EL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS, PERIODO SEPTIEMBRE 2021 – SEPTIEMBRE 2022**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 01 de septiembre de 2023

LOS AUTORES

f. _____

Burneo Valarezo, Jocelyne Daniela

f. _____

Lara Castro, Mario Nicolás



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

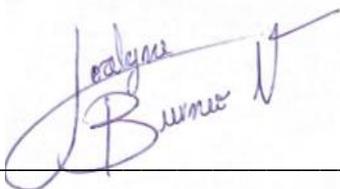
Nosotros, **Burneo Valarezo, Jocelyne Daniela;**
Lara Castro Mario Nicolás

AUTORIZACIÓN

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **INCIDENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN PACIENTES DE 18 A 65 AÑOS EN EL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS, PERIODO SEPTIEMBRE 2021 – SEPTIEMBRE 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 01 de septiembre de 2023.

LOS AUTORES

f. 

Burneo Valarezo, Jocelyne Daniela

f. 

Lara Castro, Mario Nicolás

URKUND

 CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

Burneo, Lara - TESIS FINAL

2% Similitudes **< 1%** Texto entre comillas
0% similitudes entre comillas
0% Idioma no reconocido

Nombre del documento: Burneo, Lara - TESIS FINAL.pdf
ID del documento: 4f46f3a36d40e47b51b27f1a08c4ff749ad1b566
Tamaño del documento original: 939,16 kB
Autor: JOCELYNE BURNEO

Depositante: JOCELYNE BURNEO
Fecha de depósito: 20/9/2023
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 20/9/2023

Número de palabras: 11.956
Número de caracteres: 86.439

Ubicación de las similitudes en el documento:

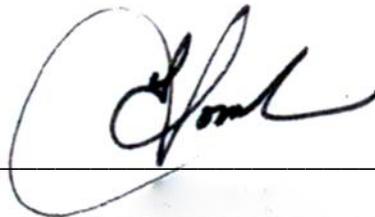


Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8980/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-387.pdf	2%		Palabras idénticas: 2% (229 palabras)

TUTOR

f. _____



GÓMEZ LANDIRES, EDUARDO ALFREDO

AGRADECIMIENTOS

Agradecer de todo corazón y especial a mi mamá y a mi papá, a la Lcda. Rocío Castro por la ayuda incondicional, por cada noche que la hice trasnochar por la mucha espera a que regresara a casa luego de la jornada de estudio de la universidad y con un buen plato de comida caliente sobre la mesa, nunca faltó el arrocito con chuleta o carne de cada noche o madrugada, por las infinitas oraciones que hizo para que todo me vaya bien y que siga la voluntad de Dios, por las incontables veces que me decía que no me rindiera, que siga adelante, eso fue ayer, hoy es un nuevo día y que no me preocupara tanto por el futuro, sino más bien por el ahora. Al Ing. Ángel Lara que fue quien me dio todo su apoyo desde el inicio de la carrera, me enseñó que las cosas difíciles se las resuelve poco a poco; “al tiburón se lo come por partes”, me enseñó que en el camino habrá altas y bajas, épocas de las vacas flacas y épocas de vacas gordas, pero que a pesar de lo que suceda, siempre habrá un camino que seguir y por estar siempre presente y cumplir como sea en cualquier cosa que necesite de la universidad. Gracias a mis hermanas, por estar presente siempre y más en la época de la pandemia, por estar justo en los momentos que más las necesitaba, por ser la palmadita en la espalda que necesitaba, por ser un gran ejemplo a seguir, por demostrarme que, si ellas pueden, porque yo no. Gracias a ustedes comprendí que no importa que camino hubiese tomado, que siempre daría lo mejor de mí. Gracias por todo y espero poder seguir teniendo ese apoyo siempre cuando lo necesite.

Mario Lara Castro

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a mis padres, el Ing. Ángel Lara y a la Lcda. Rocío Castro, quienes me brindaron todo el apoyo que necesitaba para completar esta etapa de la vida y a la Lcda. Lida por siempre confiar en mí, incluso en mi momento más bajo de la carrera. Con mucho cariño, el Dr. Mario Lara

Mario Lara Castro

AGRADECIMIENTOS

Con gran emoción y nostalgia, quiero expresar un profundo agradecimiento a mis padres quienes han sido los artífices de cada uno de mis sueños. Este logro, que les pertenece también a ellos, ha sido solamente posible por su constante acompañamiento y amor incondicional. He hecho mías sus fortalezas, virtudes, su paciencia, integridad y alegría; pero, sobre todo, sus derrotas, que me han enseñado más de lo que cualquier victoria pudo haberlo hecho. Gracias por cuidar de mis sueños como si fuesen suyos; los amo y admiro profundamente.

A mi hermana Sofía, cuya forma de determinación, inteligencia y disciplina es inigualable; espero estar siempre a la altura de ser un buen ejemplo de hermana mayor para ti.

A mi tutor, el Dr. Eduardo Gómez, por quien guardo gran admiración y aprecio: ha sido un inmenso honor ser su alumna y realizar este trabajo de tesis bajo su dirección tutorial.

A mi grupo de rotación y las amistades que se formaron en el camino, con su ingenio y cariño construyeron un sinfín de momentos irrepetibles que conservaré en mi memoria y corazón por siempre.

A Mateo, mi mejor amigo y compañero de vida, porque a partir de este momento todos mis logros son suyos y los suyos son míos. Hoy, que nos convertimos en médicos; mañana, cuando seamos psiquiatras juntos.

Jocelyne Burneo Valarezo

DEDICATORIA

Alguna vez, en ascuas de días distintos, leí que Antoine de Saint-Exupery dedicó su obra ‘El principito’ a Leon Werth, un adulto, a su versión cuando era niño. Empiezo pues, escribiendo esta dedicatoria a la niña que jugaba con una libreta de notas, un microscopio de juguete e insectos del patio de sus abuelos...

A Jocelyne Burneo, cuando era niña.

A Piedad, cuya luz desafía sutilmente las leyes del tiempo y la distancia para acompañarme en todos los horizontes.

Y Luchita, porque el recuerdo de su dedicación y cariño brilla perpetuamente en mí.

Jocelyne Burneo Valarezo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. DIEGO ANTONIO VÁSQUEZ CEDEÑO

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

DR. ROBERTO LEONARDO BRIONES JIMÉNEZ

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	XV
ABSTRACT	XVI
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	3
1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Preguntas de la investigación	3
1.3 Objetivos.....	4
1.4 Hipótesis	4
1.5 Justificación	5
CAPÍTULO II	6
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Generalidades	6
2.2 Epidemiología	7
2.3 Etiopatogenia.....	8
2.4 Factores de riesgo	10
2.5 Manifestaciones clínicas y diagnóstico	11
2.5.1 Criterios diagnósticos para el Trastorno Depresivo Mayor.....	12
2.6 Tratamiento.....	13
CAPÍTULO III	15
3. METODOLOGÍA	15
3.1 Tipo y nivel de investigación	15
3.2 Universo y muestra	15
3.3 Variables del estudio.....	16
3.4 Técnicas para la recolección de datos.....	18
3.5 Procesamiento y análisis de datos	18
CAPÍTULO IV	19
4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	19
4.1 Representación estadística de resultados	19
4.1.1 Edad.....	19

4.1.2	Género biológico	20
4.1.3	Manifestaciones clínicas	20
4.1.4	Diagnóstico	23
4.1.5	Factores de riesgo.....	25
4.1.6	Análisis estadísticos sobre el sexo y la profesión.....	34
4.1.7	Análisis estadístico sobre el diagnóstico y el sexo asociados..	34
4.2	Cálculo de la incidencia	35
CAPÍTULO V		36
5. DISCUSIÓN		36
CAPÍTULO VI		38
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		38
6.1	Conclusiones	38
6.2	Recomendaciones	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		41
ANEXOS.....		44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Análisis estadístico de la variable edad del estudio (n=101).	19
Tabla 2. Género biológico (n=101).	20
Tabla 3. Manifestaciones clínicas presentes en el trastorno depresivo mayor.	22
Tabla 4. Diagnóstico del trastorno depresivo mayor en relación al CIE-10.	23
Tabla 5. Tabla cruzada entre diagnóstico del trastorno depresivo mayor en relación al CIE-10 y el sexo.	24
Tabla 6. Factor de riesgo: Antecedentes familiares con algún trastorno mental.	26
Tabla 7. Factor de riesgo: Profesión.....	28
Tabla 8. Factor de riesgo: Experiencias emocionalmente perturbadoras....	32
Tabla 9. Factores de riesgo cruzados: Sexo + profesión.....	33

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Histograma de edad.	19
--	----

RESUMEN

Introducción: El trastorno depresivo mayor, ampliamente conocido como depresión, es un trastorno mental que implica pérdida de interés en actividades cotidianas y de ocio que antes resultaban satisfactorias. Destacan características clínicas como tristeza, irritabilidad, cambios somáticos y cognitivos que afectan al estilo de vida de la persona y se distingue de otros trastornos depresivos por su etiología y permanencia de los síntomas. Además, existe el riesgo de llegar a su máxima expresión que es la ‘tristeza vital’ que puede llevar al paciente al suicidio. **Metodología:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. Con un universo de 120 pacientes entre los 18 a 65 años obtenidos a partir de la recolección de historias clínicas de pacientes de la consulta externa y emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil. Se obtuvo una muestra de 101 pacientes por muestreo no probabilístico que se clasificó en una base de datos de Excel. **Resultados:** La edad promedio de presentación fue de 33 años, siendo más frecuente en las mujeres (68,3%) que en los hombres (31,7%). La tasa de incidencia fue de 8,4 por cada 10 pacientes que acudieron a la emergencia y consulta externa durante el periodo septiembre 2021 – septiembre 2022.

Palabras clave: *Trastorno depresivo mayor, depresión, trastornos psiquiátricos, trastornos depresivos, DSM-V, trastornos del comportamiento.*

ABSTRACT

Introduction: Major depressive disorder, widely known as depression, is a mental disorder that involves loss of interest in previously satisfying daily and leisure activities. Clinical features such as sadness, irritability, somatic and cognitive changes that affect the person's lifestyle stand out and it is distinguished from other depressive disorders by its etiology and permanence of symptoms. In addition, there is a risk of reaching its maximum expression which is the 'vital sadness' that can lead the patient to commit suicide.

Methodology: It is a descriptive, observational, retrospective and cross-sectional study. With a universe of 120 patients between 18 and 65 years of age obtained from the collection of clinical histories of patients from the outpatient and emergency room of the Instituto de Neurociencias de Guayaquil. A sample of 101 patients was obtained by non-probabilistic sampling and was later classified in an Excel database. **Results:** The average age of presentation was 33 years, being more frequent in women (68.3%) than in men (31.7%). The incidence rate was 8.4 per 10 patients attending the emergency and outpatient department during the period September 2021 - September 2022.

Key words: Major depressive disorder, depression, psychiatric disorders, depressive disorders, DSM-V, behavioural disorders

INTRODUCCIÓN

Investigadores y clínicos reconocen ya desde hace tiempo que la cognición desempeña un papel fundamental en la aparición y el mantenimiento de los trastornos depresivos. (1) Hace cincuenta años, Beck postuló que la adquisición y el procesamiento sesgados de la información influyen en la etiología y el curso de los episodios depresivos; argumentó que las representaciones mentales internas afectan a la forma en que los individuos deprimidos se perciben a sí mismos y al mundo que les rodea. (2)

En nuestro país, un estudio en mujeres económicamente activas con crisis depresivas realizado en el primer trimestre del año 2015 en el Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil determinó que el 66% de las mujeres con depresión tiene un trabajo, la mayoría con una relación matrimonial, el 92% tienen hijos. Además, el 60% de las mujeres afirmó que su condición mejoró tras recibir tratamiento y esto influyó positivamente en sus relaciones familiares y sociales. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo donde el universo fueron 50 mujeres que solicitaron ayuda pública, la totalidad atendidas en consulta externa y área de emergencia. La edad promedio de mujeres es desde los 18 a 64 años quienes previa autorización se entrevistó para la medición de la gravedad y se solicitó expediente clínico para captura de datos en ficha. (3)

Otro estudio realizado en el mismo año en el Instituto de Neurociencias con especial distinción de síntomas psicóticos en la depresión grave determinó que la presencia de alucinaciones es la mayor manifestación de síntomas psicóticos y esto, aunado a un estado de ánimo deprimido genera pérdida de peso, insomnio, retardo psicomotor, sentimientos de inutilidad o de culpabilidad y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. (4)

Una de las estrategias a usar en el manejo y tratamiento del trastorno depresivo mayor es el modelo secuencial que consiste en la aplicación consecutiva de dos formas de tratamiento: la psicoterapia después de la farmacoterapia y la farmacoterapia después de la psicoterapia. El fundamento de este enfoque es utilizar las estrategias psicoterapéuticas cuando es más probable que contribuyan de forma única y separada al bienestar del paciente y a lograr una recuperación más generalizada. (5)

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El trastorno depresivo mayor es una enfermedad cuyas cifras evidencian un ascenso considerable en cuanto a su incidencia y prevalencia a nivel global (6) (7). Ecuador no está exento de esta problemática, por lo que la Dirección de Inteligencia de la Salud perteneciente al Ministerio de Salud pública ha ubicado a la depresión en el área 11 correspondiente a Salud mental y trastornos del comportamiento en Prioridades de investigación en salud donde se pretende revisar el perfil epidemiológico, predisposición genética, impacto psicosocial y calidad de vida de los individuos (8).

El diagnóstico de depresión resulta un reto para los especialistas a causa de las diversas expresiones de la patología, la omisión por parte de la información brindada por el paciente e, incluso, el enmascaramiento de la sintomatología. Por esta razón, los servicios de psicología y psiquiatría poseen diferentes herramientas para llegar a un diagnóstico acertado que consideren la plenitud de la historia clínica y la aplicación de pruebas individualizadas a cada caso.

Una vez expuesta esta situación y comprendiendo la necesidad de actualizar continuamente la incidencia de la depresión en nuestro país, establecemos que la finalidad de este estudio es corroborar y determinar la estadística de los casos y el respectivo análisis clínico-epidemiológico de los pacientes con trastornos depresivo mayor, por lo que se realiza la siguiente interrogante: ¿Cuál es la incidencia del trastorno depresivo mayor en pacientes de 18 a 65 años de edad que acuden al área de emergencias y a la consulta externa del Instituto de Neurociencias de Guayaquil, periodo 2021 – septiembre 2022?

1.2 Preguntas de la investigación

- ¿Cuáles son las causas por las que se produce trastorno depresivo mayor en los pacientes?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo en pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor?

- ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más frecuentes que presentan los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor?
- ¿Cuál es el tipo de depresión más común en pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Estimar la incidencia del trastorno depresivo mayor en pacientes de 18 a 65 años de edad que acuden al área de emergencias y a la consulta externa del Instituto de Neurociencias de Guayaquil durante el periodo 2021 – septiembre 2022.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Establecer las causas por las que se produce trastorno depresivo mayor en los pacientes.
2. Identificar los factores de riesgo por los que podría presentarse trastorno depresivo mayor en los pacientes.
3. Determinar las características conductuales y psicológicas más frecuentes en los pacientes que presentan trastorno depresivo mayor.
4. Identificar los tipos de depresión más frecuentes en los pacientes

1.4 Hipótesis

Existe un aumento de la incidencia de pacientes con trastorno depresivo mayor en relación con la cantidad de pacientes presentados en un estudio precedente en el Instituto de Neurociencias en la ciudad de Guayaquil en el año 2015.

1.5 Justificación

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, a escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. Además, cada año se suicidan más de 700.000 personas. Se estima que en todo el mundo el 5% de los adultos padecen depresión (6). Según datos de la PAHO, 1 de cada 4 personas en las Américas experimenta enfermedades mentales (7). En nuestro país, las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio) representaron la segunda causa de muerte entre adolescentes de 10 – 19 años con el 13,1% en el 2020; mientras que en jóvenes de 20 – 30 años esta figuró como la tercera causa de muerte más frecuente con 7,3% ese mismo año (8).

En el Ecuador, el estudio de la depresión se ubica entre las prioridades de investigación en salud ocupando el undécimo puesto en el área de salud mental y trastornos del comportamiento (9). La importancia de este estudio radica en exponer la necesidad de que esta temática sea monitorizada constantemente por distintos factores (sociales, económicos, culturales, climáticos, clínicos) que influyen en la calidad de vida y el estado anímico de los seres humanos y cómo ello repercute en sus relaciones interpersonales.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Generalidades

El trastorno depresivo mayor, más comúnmente conocido como depresión, es un trastorno mental que ha visto incrementada su frecuencia en todo el mundo en el curso de los últimos años. Implica, entre otros, pérdida de interés en las actividades cotidianas y de ocio que antes resultaban satisfactorias, mismas que pueden extenderse durante largos periodos y afectar los diferentes aspectos de la convivencia, desempeño académico y laboral y desarrollo de vínculos afectivos en todo el espectro de la vida humana (6). De acuerdo al DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), el trastorno depresivo se puede clasificar en ocho tipos entre los cuales se encuentra el trastorno y episodio depresivo mayor (10). La característica que mantienen en común todos ellos es la sensación de tristeza, irritabilidad, cambios somáticos y cognitivos que afectan al estilo de vida de la persona; la distinción, sin embargo, la otorga la etiología, manifestación limitada o la permanencia de los síntomas en el paciente (10).

Los trastornos depresivos se clasifican en: trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA), trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), trastorno depresivo persistente (anteriormente conocido como distimia), trastorno disfórico premenstrual (TDPM), trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado (10).

El trastorno depresivo mayor, que incluye el episodio depresivo mayor, es el trastorno más frecuente de acuerdo a la clasificación. Para llegar al diagnóstico, se requiere la presencia de síntomas depresivos de al menos dos semanas de duración con un mínimo de cuatro síntomas concomitantes que incluyan cambios anímicos, problemas en la toma de decisiones e interferencia en los procesos cognitivos, además de acompañarse de problemas alimenticios o déficits funcionales del sistema nervioso autónomo, intentos autolíticos o ideas suicidas, entre otras (11).

El trastorno depresivo mayor puede manifestarse en cualquiera de las etapas de la vida, sin embargo, existen factores de riesgo que se desarrollan durante la infancia y la adolescencia que pueden predisponer la aparición de un cuadro depresivo en la adultez. La edad media de presentación del primer episodio depresivo es la adolescencia o pre-adulthood, si bien ocasionalmente aparece en la edad escolar (12). Asimismo, existen crecientes exposiciones a acciones negativas que perpetradas en un entorno académico o laboral pueden resultar en un factor de riesgo modificable en la incidencia de la depresión y la planeación e ideación suicida (13). Además de los daños colaterales que suponen una transformación significativa respecto al estado natural del paciente, y que repercuten negativamente en el rendimiento académico y en el círculo familiar y social del mismo; así como en el uso de sustancias psicoactivas y el inicio de lesiones autolíticas o pensamientos suicidas (14).

El tratamiento farmacológico de elección para el trastorno depresivo mayor es la administración de los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina), ya que posee mayor evidencia científica de un balance óptimo entre riesgo y beneficio para el paciente. Hoy en día se prefiere el tratamiento farmacológico para aquellos pacientes que presentan depresiones moderadas a graves; no así al tratarse de depresión leve donde puede remitirse a terapia psico-conductual y modificaciones del estilo de vida (15).

La depresión con frecuencia responde al tratamiento. La mejoría clínica del paciente dependerá de la accesibilidad a servicios de ayuda psicológica, un ambiente familiar favorable y, en términos generales, una red de apoyo que permita el acompañamiento emocional durante el proceso de recuperación.

2.2 Epidemiología

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, a escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. Además, cada año se suicidan más de 700.000 personas. Se estima que en todo el mundo el 5% de los adultos padecen depresión (6). Y, en cuanto al género, el femenino se ve más afectado en comparación al masculino (7) (6). Según datos de la PAHO, 1 de cada 4 personas en las Américas experimenta

enfermedades mentales (7). Y se ha determinado también que la depresión es el trastorno psicológico y psiquiátrico más común y la principal causa internacional de discapacidad y de morbilidad.

En el Ecuador, el estudio de la depresión se ubica entre las prioridades de investigación en salud ocupando el undécimo puesto en el área de salud mental y trastornos del comportamiento (16). Las estadísticas revelan que prevalece la afectación al género femenino por encima del masculino, ya que, según los registros del Ministerio de Salud Pública, las atenciones ambulatorias de los hospitales a mujeres son tres veces mayor a comparación de los hombres. Durante el 2015, hubo 50.379 personas con diagnóstico presuntivo y definitivo de trastorno depresivo mayor de las cuales 36.631 fueron mujeres y 13.748 corresponden a los hombres (17). Con base a los datos que proporciona el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en la República del Ecuador, en el año 2015, hubo 3.406 hospitalizaciones relacionadas a casos de depresión (17).

2.3 Etiopatogenia

Existen diversas teorías sobre la patogénesis de la depresión, la mayoría de ellas cimentadas en el estudio de neuroimágenes, la medición de marcadores indirectos y estudios post-mortem (18). Actualmente, se conoce que el trastorno depresivo mayor tiene una etiopatogenia multifactorial cuya mayor relevancia reposa sobre factores genéticos, biológicos y psicosociales.

- Factores genéticos

Investigadores han encontrado que ciertos polimorfismos podrían incrementar el riesgo de presentar depresión, dado que un factor de estrés agudo aumenta la liberación de serotonina el polimorfismo puede influir en la sensibilidad de una persona al estrés; sin embargo, no quiere decir que la exposición al estrés signifique un cuadro depresivo en cada individuo, más bien, el estrés interactúa con la composición genética de una persona para influir en su riesgo de desarrollar trastorno depresivo mayor (19).

El gen transportador de serotonina es el más estudiado en los trastornos depresivos, aunque se han observado más de ciento cincuenta relacionados con la patología. Los más mencionados son el gen COMT que altera la neuroanatomía del hipocampo, el alelo FKBP5 que altera el eje hipotalámico pituitaria-adrenal relacionado con la secreción de la hormona ACTH y cortisol, el gen BDNF que tiene una asociación con la gravedad de presentación del TDM y el gen 5-HTTLPR que cifra el transportador de serotonina (11) (20).

En cuanto a la herencia genética, prevalece en las mujeres en un 40% a comparación del porcentaje de los hombres, un 30%. En el caso de progenitores con trastornos anímicos, la probabilidad de presentarse en el hijo es de 10 al 25% y se dobla al manifestarse en ambos progenitores (21) (11).

- Factores biológicos

Uno de los factores de mayor importancia dentro de la biología de la depresión es el grupo de las aminas biógenas a las que pertenecen la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, ampliamente asociadas al trastorno depresivo mayor. Las funciones principales de la serotonina son la actividad motora, secreción de hormonas, percepción sensorial, la regulación del sueño y el comportamiento sexual (11). Por otra parte, la noradrenalina se manifiesta como una desregulación de la sensibilidad de los receptores beta-adrenérgicos relacionada con los estados afectivos de las personas, como la motivación o uso de energía diaria, el estado de alerta – vigilia, entre otros (11). Y, por último, la dopamina que está ligada a la anhedonia.

- Factores psicosociales

Los factores psicosociales más comunes que se corresponden con la manifestación clínica de sintomatología depresiva se evidencian en pacientes con enfermedades crónicas y/o incapacitantes, antecedentes psiquiátricos y psicológicos y eventos traumáticos en la vida personal del individuo (22). Se conoce que existen periodos de la infancia considerados como puntos críticos para el desarrollo posterior de trastorno depresivo mayor (14) (11).

2.4 Factores de riesgo

En 2014, se introdujo la teoría de Transducción de señales sociales de la depresión cuya finalidad es describir mecanismos fisiológicos y neuronales que vinculan las amenazas sociales con procesos biológicos propios que incitan la aparición, permanencia y recurrencia de la depresión. Principalmente se evalúa las circunstancias que representan adversidad socioambiental (por ejemplo, rechazo, exclusión, eventos traumáticos interpersonales y conflicto social) y su asociación con los procesos que son interpretados neurológicamente como experiencias emocionales negativas en áreas del cerebro como la ínsula anterior y el córtex del cíngulo anterior en su región dorsal y sus conexiones anatómicas con estructuras que regulan la inflamación sistémica como el tronco cerebral y los núcleos de control autonómico del hipotálamo (23) (24). De forma concisa, esta teoría sugiere que aquellos sujetos que obtienen una respuesta inflamatoria excesiva ante un evento adverso tienen mayor riesgo de desarrollar depresión a largo plazo.

Asimismo, los factores de riesgo han sido encasillados en personales, familiares, sociales y genéticos. Dentro de la clasificación se estiman los riesgos en cuanto al género y la presencia de comorbilidades que deterioran la calidad de vida de los pacientes (enfermedades crónicas e incapacitantes, estrés crónico, estabilidad económica y clase social, estado civil, ambientes familiares disfuncionales, contrariedades a exposición continua y otros trastornos mentales) así como la historia clínica patológica personal y familiar y su respectiva codificación genética. Comprenden, a su vez, factores cognitivos negativos como creencias disfuncionales, pensamientos automáticos, alteraciones cognitivas, entre otros (25).

El trastorno depresivo mayor está también asociado a otros trastornos mentales. Su vínculo con los trastornos de ansiedad, especialmente con el trastorno de ansiedad generalizada, es especialmente sólido. En la revisión de dos estudios prospectivos, el trastorno de ansiedad generalizada indicó ser un factor de riesgo consistente duplicando la probabilidad de aparición de desarrollar un trastorno mixto ansioso depresivo y trastorno depresivo mayor. También se ha demostrado asociación entre la depresión y las fobias, no así con los trastornos de personalidad cuya relación aún es inconsistente.

Además, otros tres estudios demostraron que la neurosis era un factor de riesgo mientras que la extraversión se mostró como un factor protector (26).

Otros estudios sugirieron que el consumo de tabaco podría estar relacionado con el trastorno depresivo mayor. Por otra parte, en dosis mínimas o moderadas, el consumo de alcohol demostró incluso ser un factor protector. El factor de riesgo más investigado fue el maltrato infantil en sus diversas expresiones (físico, verbal, psicológico y sexual), así se determinó gran significancia en nueve estudios de asociación entre el abuso infantil y la depresión, pudiendo estar mediada por factores genéticos (27).

Hoy en día, a pesar de los múltiples estudios e investigaciones sobre las numerosas interacciones de cada uno de los factores de riesgo no se ha podido precisar con exactitud la significancia de estas mismas. Por ello, se ha dispuesto un cuadro donde se reflejan demás factores de riesgo y otros procesos vinculados a la depresión en el Anexo 1 (27).

2.5 Manifestaciones clínicas y diagnóstico

Anteriormente, la clasificación diagnóstica del trastorno depresivo mayor en el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales (DSM-IV) carecía de implicaciones sobre la etiopatogenia de la depresión, únicamente el estado de ánimo deprimido (cambios de humor) o la pérdida del placer o interés por las recompensas (anhedonia) eran considerados requisitos esenciales para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor (11).

Hoy por hoy, de acuerdo al CIE-11, la definición del trastorno depresivo se centra en dos síntomas: estado de ánimo depresivo y disminución del interés en labores cotidianas y de ocio. Conforme a la gravedad de la presentación del trastorno puede dividirse en leve, moderado y grave; teniendo en consideración que en la actualidad esta disposición se obtiene por la intensidad en la que se presenta en el paciente y cómo afecta en la vida diaria, no así por la cantidad de síntomas (28) (27).

Indiscutiblemente las manifestaciones clínicas se encuentran estrechamente relacionadas con los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor

descritos en el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales (DSM-V). Se contemplan cinco criterios nombrados desde la letra A hasta la E que incluyen nueve síntomas donde se determinan estado de ánimo depresivo (cambios de humor), pérdida del placer consumatorio o del interés por las recompensas (anhedonia), variaciones del peso y apetito, trastornos del sueño e ideación autolítica (11) (29) (26).

2.5.1 Criterios diagnósticos para el Trastorno Depresivo Mayor

Criterio A: El trastorno depresivo mayor debe caracterizarse por cinco o más de los síntomas depresivos que se enlistan a continuación, presentándose por al menos dos semanas de duración exceptuando la ideación e intención autolítica/suicida que puede recurrir en periodos distantes entre sí. El estado de ánimo depresivo (cambios de humor) y la anhedonia deben estar presentes como condición sine qua non de la patología (10) (29).

1. Ánimo depresivo la mayor parte del día; puede ser auto-percibido (sensación de tristeza, desesperanza, vacío emocional) o por su círculo social (altamente susceptibles y vulnerables).
2. Pérdida o mínimo interés en las actividades diarias.
3. Alteraciones del apetito que se traducen en pérdida de peso (sin modificaciones en la dieta) o ganancia de peso (alrededor del 5% equivalente a su peso corporal en un mes).
4. Trastornos del sueño como insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o retraso psicomotriz.
6. Fatiga.
7. Ideas de minusvalía o culpabilidad excesiva.
8. Pérdida de la capacidad de concentración que puede o no acompañarse de dificultad para toma de decisiones.
9. Pensamientos autolíticos recurrentes que se acompañan de planeación autolítica o suicida con o sin intento suicida en distintas ocasiones (10).

Criterio B: Señala la somatización clínica de la sintomatología que perjudica la capacidad de establecer vínculos afectivos de forma social y personal y en todas las áreas interdisciplinarias en las que el individuo se desenvuelva (30).

Criterio C: Estos episodios no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de la utilización de medicación o sustancias psicoactivas, ni tampoco pueden relacionarse con comorbilidades o alguna patología de base del paciente (10).

Dentro del criterio C de los síntomas depresivos, se halla el trastorno de síntomas somáticos, mismo que alude a síntomas físicos que provocan angustia y ansiedad y que conducen a un estado de alerta excesivo en el individuo disminuyendo su calidad de vida (29). Los síntomas que caracterizan al trastorno de síntomas somáticos en relación al trastorno depresivo mayor son la pérdida de interés en los acontecimientos del día o gustos propios de la persona, falta de expresión anímica, alteración de los ciclos del sueño, alteración del estado de ánimo, alteración psicomotriz, alteración del apetito y con ello pérdida o ganancia de peso y disminución de la libido (31).

Criterio D: El episodio depresivo no debe corresponderse con algún trastorno del espectro de la esquizofrenia (trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante y los no especificados) u otros trastornos psicóticos (10).

Criterio E: El paciente no cuenta con antecedentes psiquiátricos de episodios maníacos o hipomanía (10).

2.6 Tratamiento

El objetivo principal del tratamiento es alcanzar la remisión absoluta de las manifestaciones clínicas y reintegrar la funcionalidad total del paciente (11) (32). No obstante, pese a la efectividad comprobada de tratamientos individuales y/o duales, el tratamiento farmacológico alcanza una tasa de efectividad de remisión de aproximadamente el 67% en los pacientes (33).

El mecanismo de acción de las drogas antidepresivas cuenta con similitudes al efectuar la mayoría de ellos una reacción reguladora sobre varios de los neurotransmisores en el sistema monoaminérgico (11). Si bien los efectos

adversos pueden experimentarse desde los primeros días del inicio del tratamiento, la mejoría clínica puede tardar varias semanas en ser plausible para el paciente dado al lapso que es requerido por los receptores para que se generen los cambios adaptativos (15).

Entre las principales pautas que se establecen para el abordaje farmacológico tras la aparición de un primer episodio depresivo es que este debe prolongarse hasta seis a doce meses indistintamente de la desaparición de los síntomas para prevenir recidivas (11). Así, la psiquiatría se vale de múltiples familias farmacológicas para el manejo terapéutico del trastorno depresivo mayor, siendo algunas de ellas: los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) que son los antidepresivos de elección para este trastorno; los inhibidores de la serotonina y noradrenalina (IRSN), inhibidores de la noradrenalina y dopamina (IRND), inhibidores de la noradrenalina (ISRN), agonistas de los receptores de melatonina (AMT), antagonistas de los receptores alfa 2 ($\text{A}\alpha 2$), Inhibidores de la serotonina y antagonismo 5HT 2A/2C (AIRS), inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), antidepresivos tricíclicos (ATC) y antidepresivos multimodales (15) (11). Otras especificaciones y pormenores han sido detalladas en el Anexo 2.

La aproximación terapéutica no debe ser generalizada puesto que la intervención farmacológica debe corresponderse con el grado de presentación de la clínica de cada paciente; en las depresiones leves la psicoterapia puede ser suficiente. La psicoterapia debe ser introducida acorde a las aspiraciones y motivación del paciente (11) (34) (35).

Existen diversas formas de realizar terapia psicológica, una de las más destacadas es la terapia cognitivo-conductual que se enfoca en la psicoeducación del paciente mediante la reestructuración cognitiva. Esto es, realizar prácticas de autocontrol, transformación de comportamientos y pensamientos que se ajustan al perfil depresivo, desarrollo de habilidades sociales, reforzar la autoestima y exposición del paciente a situaciones de adversidad (36) (37). La terapia psicológica, además, puede llevarse a cabo de forma individual o grupal de acuerdo a la voluntad y requerimientos de cada paciente.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y nivel de investigación

El presente trabajo de investigación recorre el espectro tanto cualitativo como cuantitativo por cuanto utiliza el método deductivo – inductivo. Cualitativo debido a que explora variables como antecedentes personales y familiares de trastornos psiquiátricos, experiencias emocionalmente perturbadoras que pueden determinar el inicio de un cuadro depresivo y la sintomatología presente en cada paciente; y, cuantitativo, por la revisión de historias clínicas que resultó en una recopilación de datos clasificados en las variables numéricas correspondientes.

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal que se realizó de manera exhaustiva y excluyente en el cual se caracterizó el trastorno depresivo mayor mediante la descripción de la patología, su etiopatogenia y manifestaciones clínicas para posteriormente lograr una estimación de la incidencia de este mismo en la población ya descrita.

3.2 Universo y muestra

El universo para este estudio fue de 120 pacientes entre los 18 a 65 años de edad quienes acudieron a la emergencia y consulta externa del Instituto de Neurociencias siendo diagnosticados con depresión.

La muestra se obtuvo a través de un muestreo no probabilístico donde las historias clínicas fueron seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión que corresponden a pacientes de 18 a 65 años con diagnóstico confirmado de trastorno depresivo mayor, con historia clínica completa y atendidos en la consulta externa y en emergencias en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil en el periodo 2021 – septiembre 2022. De acuerdo a los criterios de exclusión planteados se prescindió de 19 historias clínicas al tratarse de pacientes menores de edad y con otros diagnósticos además de trastorno depresivo mayor por lo cual la muestra objeto de estudio está compuesta finalmente por 101 pacientes.

Población y muestra

HISTORIAS CLÍNICAS	CANTIDAD
Universo	120
Muestra	101
Historias clínicas excluidas	19
MUESTRA TOTAL	101

3.3 Variables del estudio

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido que una persona ha vivido, expresado en años.	Edad	18 – 65 años
Género biológico	Condición orgánica que determina la característica sexual de un individuo.	Sexo	Masculino Femenino
Manifestaciones clínicas	Relación entre signos y síntomas que se presentan en una determinada enfermedad.	Manifestaciones clínicas	Abulia, agitación psicomotriz, agresividad, aislamiento social, alucinaciones auditivas, alucinaciones visuales, amenaza a terceros, angustia, anhedonia, ansiedad, apatía, conducta disruptiva, conducta parasuicida, consumo de sustancias, cutting, desesperanza, diálogo incoherente, dismorfia corporal, hiperfagia, hiporexia, hipotimia,

			ideas de muerte, impulsividad, insomnio, intento autolítico, intento suicida, irritabilidad, labilidad afectiva, llanto fácil, minusvalía, negligencia de cuidado, pensamientos fatalistas, pensamientos rumiantes, suicidio frustrado, tristeza.
Factores de riesgo	Características de un grupo o persona que aumenta la probabilidad de padecer la enfermedad.	Historia clínica	Antecedentes familiares que hayan tenido trastorno depresivo mayor Sexo femenino Presencia de enfermedades crónicas Abusos o traumas en la infancia Consumo de alcohol y tabaco Estrés crónico Exposición a adversidades o experiencia de discriminación Factores genéticos
Diagnóstico	Clasificación del trastorno depresivo mayor, de acuerdo al CIE-10.	Historia clínica	Episodio depresivo leve (F32.0) Trastorno depresivo moderado (F32.1) Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2) Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3) Otros episodios depresivos (F32.8) Episodio depresivo no especificado (F32.9)

3.4 Técnicas para la recolección de datos

Para la recolección de datos nos beneficiamos de la técnica de documentación de datos secundarios por cuanto se realizó una revisión de historias clínicas para lo cual se solicitó acceso a la base de datos del Instituto de Neurociencias considerando aquellos pacientes a los que les correspondía el diagnóstico de trastorno depresivo mayor con los siguientes CIE-10: F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8 y F32.9.

Asimismo, para clasificar los datos obtenidos se utilizó una base de datos de elaboración propia en Excel donde se tomó en cuenta los objetivos específicos y la tabla de variables propuestas en el perfil de titulación de modo que esta se organizó de la siguiente manera: año de ingreso, sexo, edad, provincia, profesión, motivo de consulta al ingreso (que consistió en agregar las distintas manifestaciones de la patología en cada uno de los pacientes, incluyendo agitación psicomotriz, alucinaciones visuales y auditivas, ansiedad, anhedonia, hipotimia, ideas de muerte, insomnio, intento autolítico e intento suicida, labilidad afectiva, llanto fácil, pensamientos rumiantes, tristeza y suicidio frustrado), antecedentes personales y familiares, experiencias emocionalmente perturbadoras, Test de Beck y diagnóstico. Posteriormente, se procedió a encasillar los datos en los recuadros correspondientes.

3.5 Procesamiento y análisis de datos

Una vez culminadas las etapas de recolección y procesamiento de los datos en Excel, utilizamos el programa SPSS 15 para desarrollar la estrategia de análisis estadístico. Por tanto, se determinaron las herramientas de análisis estadístico adecuadas para el propósito de este estudio.

En primer lugar, se realizaron cálculos para determinar la media y desviación estándar de la población sujeto de estudio que indicará posteriormente la distribución de datos. Se utilizó tablas cruzadas para la comparación de los resultados entre dos variables ordinales y pruebas de homogeneidad de chi cuadrado para precisar si la distribución de la variable correspondiente es la misma en cada una de los factores estudiados.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Representación estadística de resultados

4.1.1 Edad

En la población de estudio, el promedio de edad de los pacientes fue de 33 años, siendo el más joven de 18 años y la de mayor edad, 64 años.

PROMEDIO EN EDAD:	33.2	33 AÑOS
-------------------	------	---------

(n=101)

Estadísticos descriptivos					
Variabes	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
EDAD	101	18	64	33.2	13.384

Tabla 1. Análisis estadístico de la variable edad del estudio (n=101).

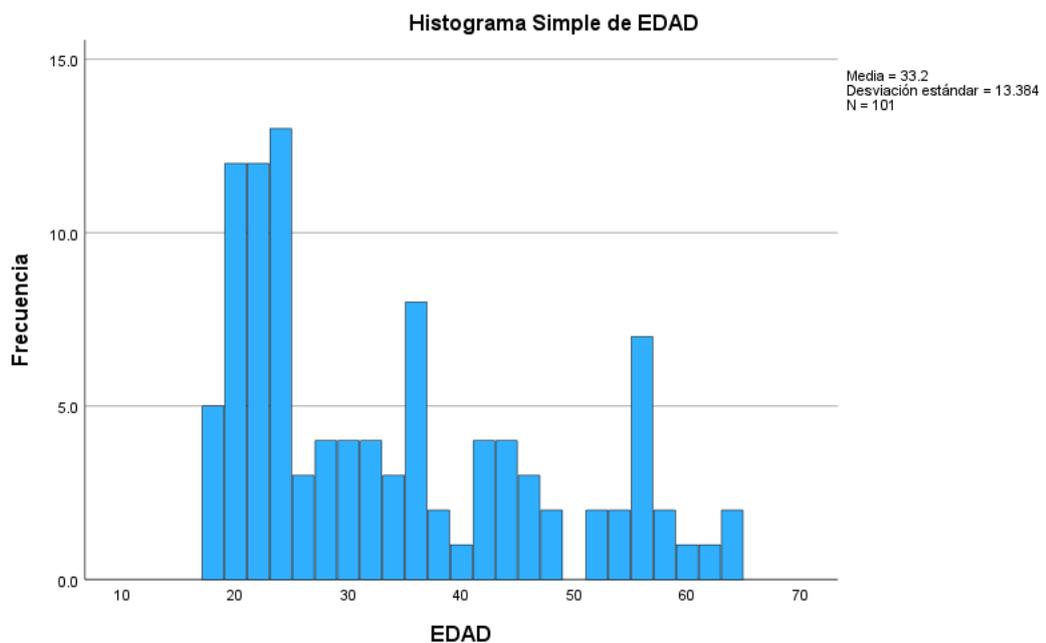


Gráfico 1. Histograma simple de edad.

El histograma simple demuestra una gráfica acorde con la distribución de datos, en la que expresa una desviación estándar de 13.384. Los datos se concentran entre los 20 y 30 años.

4.1.2 Género biológico

La variable género biológico, se consideró como escala, las opciones de femenino y masculino. Los resultados demostraron que el trastorno depresivo mayor se evidenció en 68.3% en población femenina y 31.7% en población masculina. Las estadísticas corresponden a 69 mujeres y 32 hombres, dando un total de 101 pacientes que representa el estudio.

GÉNERO BIOLÓGICO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	69	68,3	68,3	68,3
	Masculino	32	31,7	31,7	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

Tabla 2. Género biológico (n=101).

4.1.3 Manifestaciones clínicas

En la variable de manifestaciones clínicas que conlleva a la relación entre los signos y síntomas, se consideraron las siguientes: Abulia, agitación psicomotriz, agresividad, aislamiento social, alucinaciones auditivas, alucinaciones visuales, amenaza a terceros, angustia, anhedonia, ansiedad, apatía, conducta disruptiva, conducta parasuicida, consumo de sustancias, cutting, desesperanza, diálogo incoherente, dismorfia corporal, hiperfagia, hiporexia, hipotimia, ideas de muerte, impulsividad, insomnio, intento autolítico, intento suicida, irritabilidad, labilidad afectiva, llanto fácil, minusvalía, negligencia de cuidado, pensamientos fatalistas, pensamientos ruminantes, suicidio frustrado y tristeza.

M.C	Presentación	Recuento	% de N columnas
ABULIA	NO	53	52,5%
	SÍ	48	47,5%
AGITACIÓN PSICOMOTRIZ	NO	96	95,0%
	SÍ	5	5,0%
AGRESIVIDAD	NO	95	94,1%
	SÍ	6	5,9%
AISLAMIENTO SOCIAL	NO	95	94,1%
	SÍ	6	5,9%
ALUCINACIONES AUDITIVAS	NO	80	79,2%
	SÍ	21	20,8%
ALUCINACIONES VISUALES	NO	98	97,0%
	SÍ	3	3,0%
AMENAZA A TERCEROS	NO	98	97,0%
	SÍ	3	3,0%
ANGUSTIA	NO	96	95,0%
	SÍ	5	5,0%
ANHEDONIA	NO	41	40,6%
	SÍ	60	59,4%
ANSIEDAD	NO	87	86,1%
	SÍ	14	13,9%
APATÍA	NO	97	96,0%
	SÍ	4	4,0%
CONDUCTA DISRUPTIVA	NO	98	97,0%
	SÍ	3	3,0%
CONDUCTA PARASUICIDA	NO	87	86,1%
	SÍ	14	13,9%
CONSUMO DE SUSTANCIAS	NO	97	96,0%
	SÍ	4	4,0%
CUTTING	NO	99	98,0%
	SÍ	2	2,0%
DESESPERANZA	NO	82	81,2%
	SÍ	19	18,8%
DIÁLOGO INCOHERENTE	NO	97	96,0%
	SÍ	4	4,0%
DISMORFIA CORPORAL	NO	100	99,0%
	SÍ	1	1,0%

HIPERFAGIA	NO	97	96,0%
	SÍ	4	4,0%
HIPOREXIA	NO	73	72,3%
	SÍ	28	27,7%
HIPOTIMIA	NO	93	92,1%
	SÍ	8	7,9%
IDEAS DE MUERTE	NO	48	47,5%
	SÍ	53	52,5%
IMPULSIVIDAD	NO	98	97,0%
	SÍ	3	3,0%
INSOMNIO	NO	34	33,7%
	SÍ	67	66,3%
INTENTO AUTOLÍTICO	NO	66	65,3%
	SÍ	35	34,7%
INTENTO SUICIDA	NO	70	69,3%
	SÍ	31	30,7%
IRRITABILIDAD	NO	89	88,1%
	SÍ	12	11,9%
LABILIDAD AFECTIVA	NO	81	80,2%
	SÍ	20	19,8%
LLANTO FÁCIL	NO	74	73,3%
	SÍ	27	26,7%
MINUSVALIA	NO	93	92,1%
	SÍ	8	7,9%
NEGLIGENCIA DEL CUIDADO	NO	97	96,0%
	SÍ	4	4,0%
PENSAMIENTOS FATALISTAS	NO	71	70,3%
	SÍ	30	29,7%
PENSAMIENTOS RUMIANTES	NO	84	83,2%
	SÍ	17	16,8%
SUICIDIO FRUSTRADO	NO	88	87,1%
	SÍ	13	12,9%
TRISTEZA	NO	71	70,3%
	SÍ	30	29,7%

Tabla 3. Manifestaciones clínicas presentes en el trastorno depresivo mayor.

Al analizar las manifestaciones clínicas que se presentan con mayor frecuencia; predomina el insomnio en 67 pacientes que equivale al 66,3%, anhedonia en 60 pacientes que equivale al 59,4%, ideas de muerte en 53 pacientes que equivale al 52,5%, abulia en 48 pacientes que equivale al 47,5% e intento autolítico en 35 pacientes que equivale al 34,7%.

4.1.4 Diagnóstico

Para la variable diagnóstico se consideró 5 opciones: Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, episodio depresivo moderado, episodio depresivo no especificado y otros episodios depresivos. El diagnóstico predominante fue episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos con un total de 70 pacientes, luego le sigue el episodio depresivo grave con síntomas psicóticos en 26 pacientes, tanto el episodio depresivo moderado como el episodio depresivo no especificado les corresponde 2 pacientes y otros episodios depresivos en 1 paciente.

Diagnóstico		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	26	25,7	25,7	25,7
	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	70	69,3	69,3	95,0
	Episodio depresivo moderado	2	2,0	2,0	97,0
	Episodio depresivo no especificado	2	2,0	2,0	99,0
	Otros episodios depresivos	1	1,0	1,0	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

Tabla 4. Diagnóstico del trastorno depresivo mayor en relación al CIE-10.

De las 101 historias clínicas revisadas, 69,3% se corresponden con episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos; 25,7% con episodio depresivo grave con síntomas psicóticos; 2% con episodio depresivo no especificado y episodio depresivo moderado y otros episodios depresivos con 1%.

Tabla cruzada DIAGNÓSTICO*SEXO					
			SEXO		Total
			Femenino	Masculino	
DIAGNÓSTICO	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	Recuento	20	6	26
		% dentro de DIAGNÓSTICO	76,9%	23,1%	100,0%
	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	Recuento	47	23	70
		% dentro de DIAGNÓSTICO	67,1%	32,9%	100,0%
	Episodio depresivo moderado	Recuento	1	1	2
		% dentro de DIAGNÓSTICO	50,0%	50,0%	100,0%
	Episodio depresivo no especificado	Recuento	1	1	2
		% dentro de DIAGNÓSTICO	50,0%	50,0%	100,0%
	Otros episodios depresivos	Recuento	0	1	1
		% dentro de DIAGNÓSTICO	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	69	32	101
		% dentro de DIAGNÓSTICO	68,3%	31,7%	100,0%

Tabla 5. Tabla cruzada entre diagnóstico del trastorno depresivo mayor en relación al CIE-10 y el sexo.

Se realizó una tabla cruzada entre diagnóstico del trastorno depresivo mayor en relación al CIE-10 y el sexo para determinar cuál es el diagnóstico más frecuente en el sexo masculino o femenino. Se evidenció que, en el episodio depresivo grave con síntomas psicóticos con un total de 26 pacientes; hay 20 pacientes femeninos que les corresponde el 76,9% del total de pacientes con ese diagnóstico y 6 pacientes masculinos que se corresponden con el 23,1% restante. En el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos donde se encuentra un total de 70 pacientes; 47 de ellos corresponden al sexo femenino que representa el 67,1% del total de pacientes con ese diagnóstico y 23 pacientes masculino que corresponde al 32,9%. Tanto en el episodio depresivo moderado como en el episodio depresivo no especificado se obtuvo 1 paciente masculino y 1 paciente femenino por cada diagnóstico, por lo cual se encuentra un total de 2 pacientes en cada diagnóstico. Finalmente, en otros episodios depresivos se halló un único paciente de sexo masculino.

4.1.5 Factores de riesgo

En la variable factores de riesgo se examinó antecedentes patológicos familiares que incluyan diagnóstico de trastornos mentales, profesión, experiencias emocionalmente perturbadoras, sexo y profesión. Dentro de los antecedentes patológicos familiares de trastornos mentales destacan el enojo en 3 pacientes, suicidio en 2 pacientes y 89 pacientes que no refieren antecedentes familiares de importancia. En relación a la profesión, las más comunes son estudiantes cuya proporción es de 30 pacientes, pacientes desempleados con 19 pacientes y ama de casa con 10 pacientes. En las experiencias emocionalmente perturbadoras se encuentra entre las más comunes el fallecimiento familiar con 14 pacientes, ruptura de pareja con 9 pacientes, violencia intrafamiliar con 6 pacientes, infidelidad y problemas maritales con 5 pacientes cada uno y 11 pacientes no refieren la experiencia emocionalmente perturbadora.

ANTECEDENTES FAMILIARES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alzheimer	1	1,0	1,0	1,0
	Alzheimer, trastorno bipolar, depresión	1	1,0	1,0	2,0
	Antecedentes psiquiátricos familiares	1	1,0	1,0	3,0
	Depresión	1	1,0	1,0	4,0
	Enolismo	3	3,0	3,0	6,9
	Epilepsia	1	1,0	1,0	7,9
	Esquizofrenia, enolismo	1	1,0	1,0	8,9
	NR	89	88,1	88,1	97,0
	Suicidio	2	2,0	2,0	99,0
	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	1	1,0	1,0	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

Tabla 6. Factor de riesgo: Antecedentes familiares con algún trastorno mental.

Analizando el factor de riesgo de antecedentes patológicos familiares con trastornos mentales, se encontró a 3 pacientes con enolismo que representan el 3%; suicidio con 2 pacientes que representa el 2% y aquellos que no refieren ningún antecedente familiar se corresponden con 89 pacientes que representa el 88,1% del total.

PROFESIÓN				
	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Abogado/a	1	1,0	1,0	1,0
Administrador/a	3	3,0	3,0	4,0
Albañil	1	1,0	1,0	5,0
Ama de casa	10	9,9	9,9	14,9
Asistente fiscal	1	1,0	1,0	15,8
Camillero	1	1,0	1,0	16,8
Chef	2	2,0	2,0	18,8
Chofer	1	1,0	1,0	19,8
Comerciante	2	2,0	2,0	21,8
Comunicadora social	1	1,0	1,0	22,8
Contadora	2	2,0	2,0	24,8
Desempleado/a	19	18,8	18,8	43,6
Directora ejecutiva	1	1,0	1,0	44,6
Diseñador gráfico	1	1,0	1,0	45,5
Docente	4	4,0	4,0	49,5
Empleada de universidad	1	1,0	1,0	50,5
Estudiante	30	29,7	29,7	80,2

Ingeniera de proyectos	1	1,0	1,0	81,2
Ingeniero mecánico	1	1,0	1,0	82,2
Licenciado/a en enfermería	3	3,0	3,0	85,1
Médico/a	2	2,0	2,0	87,1
Oficinista	1	1,0	1,0	88,1
Operador	1	1,0	1,0	89,1
Operador/a	2	2,0	2,0	91,1
Pescador	1	1,0	1,0	92,1
Policía	1	1,0	1,0	93,1
Polifuncional	1	1,0	1,0	94,1
Publicista	1	1,0	1,0	95,0
Relacionista pública	1	1,0	1,0	96,0
Secretaria	1	1,0	1,0	97,0
Técnico de máquinas	1	1,0	1,0	98,0
Técnico de muestras	1	1,0	1,0	99,0
Terapeuta respiratorio	1	1,0	1,0	100,0
Total	101	100,0	100,0	

Tabla 7. Factor de riesgo: Profesión.

Analizando el factor de riesgo de profesión, se encontró que las 3 más comunes son: estudiantes con 30 pacientes que representa al 29,7% del total, siendo la de mayor frecuencia de presentación; pacientes desempleados con 19 pacientes que representa al 18,8% y ama de casa con 10 pacientes que representa al 9,9%.

EXPERIENCIAS EMOCIONALMENTE PERTURBADORAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Abuso sexual	4	4,0	4,0	4,0
	Abuso sexual intrafamiliar	1	1,0	1,0	5,0
	Abuso sexual intrafamiliar, bullying, intento de abuso sexual	1	1,0	1,0	5,9
	Abuso sexual intrafamiliar, violencia en la pareja	1	1,0	1,0	6,9
	Abuso sexual, negligencia infantil	1	1,0	1,0	7,9
	Asesinato de familiar	1	1,0	1,0	8,9
	Asesinato de familiar, crianza estricta	1	1,0	1,0	9,9
	Ausencia paterna	2	2,0	2,0	11,9
	Autismo de familiar	1	1,0	1,0	12,9
	Bullying	4	4,0	4,0	16,8
	Bullying, abuso sexual	1	1,0	1,0	17,8
	Bullying, diagnóstico médico	1	1,0	1,0	18,8
	Bullying, intento de abuso sexual	2	2,0	2,0	20,8

Bullying, problemas económicos	1	1,0	1,0	21,8
Cambio de puesto de trabajo	1	1,0	1,0	22,8
Confinamiento por la pandemia	2	2,0	2,0	24,8
Diagnóstico médico	1	1,0	1,0	25,7
Divorcio, discapacidad de familiar	1	1,0	1,0	26,7
Divorcio, problemas económicos	1	1,0	1,0	27,7
Enfermedad de familiar, violencia intrafamiliar	1	1,0	1,0	28,7
Fallecimiento de familiar	14	13,9	13,9	42,6
Fallecimiento de familiar, aborto	1	1,0	1,0	43,6
Fallecimiento de familiar, migración, divorcio	1	1,0	1,0	44,6
Fallecimiento de familiar, problemas económicos	1	1,0	1,0	45,5
Fallecimiento de familiar, ruptura de pareja	1	1,0	1,0	46,5

Fallecimiento de familiar, ruptura de pareja, abuso sexual, diagnóstico médico	1	1,0	1,0	47,5
Familiar con adicción	1	1,0	1,0	48,5
Familiar en prisión, abuso sexual	1	1,0	1,0	49,5
Intento de abuso sexual	1	1,0	1,0	50,5
Intento de abuso sexual, problemas familiares	1	1,0	1,0	51,5
Intento de abuso sexual, problemas maritales	1	1,0	1,0	52,5
Mal rendimiento académico	2	2,0	2,0	54,5
Negligencia infantil	2	2,0	2,0	56,4
NR	11	10,9	10,9	67,3
Problemas familiares	4	4,0	4,0	71,3
Problemas maritales	5	5,0	5,0	76,2
Ruptura de pareja	9	8,9	8,9	85,1
Secuestro, intento de abuso sexual	1	1,0	1,0	86,1
Separación de los padres, fallecimiento de familiar	1	1,0	1,0	87,1

Separación de los padres, ruptura de pareja	1	1,0	1,0	88,1
Separación de los padres, violencia intrafamiliar	1	1,0	1,0	89,1
Separación por infidelidad	5	5,0	5,0	94,1
Violencia intrafamiliar	6	5,9	5,9	100,0
Total	101	100,0	100,0	

Tabla 8. Factor de riesgo: Experiencias emocionalmente perturbadoras.

Analizando las experiencias emocionalmente perturbadoras, se encuentra entre las más comunes el fallecimiento familiar con 14 pacientes que representa el 13,9%; ruptura de pareja con 9 pacientes que representa el 8,9% del total; violencia intrafamiliar con 6 pacientes que representa el 5,9%; infidelidad y problemas maritales con 5 pacientes respectivamente que representa el 5% de cada uno y 11 pacientes quienes no refieren experiencia emocionalmente perturbadora lo cual se ajusta al 10,9%.

TABLA CRUZADA SEXO + PROFESION

			Abogado/a	Administrador/a	Albañil	Ama de casa	Asistente fiscal	Camillero	Chef	Chofer	Comerciante	Comunicadora social	Contadora	Desempleado/a	Directora ejecutiva	Diseñador gráfico	Docente
SEXO	Femenino	Recuento	1	2	0	10	1	0	0	0	2	1	2	13	1	0	4
		% dentro de SEXO	1,4%	2,9%	0,0%	14,5%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	1,4%	2,9%	18,8%	1,4%	0,0%	5,8%
	Masculino	Recuento	0	1	1	0	0	1	2	1	0	0	0	6	0	1	0
		% dentro de SEXO	0,0%	3,1%	3,1%	0,0%	0,0%	3,1%	6,3%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	18,8%	0,0%	3,1%	0,0%
Total	Recuento		1	3	1	10	1	1	2	1	2	1	2	19	1	1	4
	% dentro de SEXO		1,0%	3,0%	1,0%	9,9%	1,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%	18,8%	1,0%	1,0%	4,0%

Empleada de universidad	Estudiante	Ingeniera de proyectos	Ingeniero mecánico	Licenciada/o en enfermería	Médico/a	Oficinista	Operador	Operador/a	Pescador	Policia	Polifuncional	Publicista	Relacionista pública	Secretaria	Técnico de máquinas	Técnico de muestras	Terapeuta respiratorio	Total
1	22	1	0	3	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	69
1,4%	31,9%	1,4%	0,0%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%	1,4%	1,4%	0,0%	1,4%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
0	8	0	1	0	2	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	32
0,0%	25,0%	0,0%	3,1%	0,0%	6,3%	3,1%	3,1%	3,1%	3,1%	0,0%	0,0%	3,1%	0,0%	0,0%	3,1%	3,1%	3,1%	100,0%
1	30	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	101
1,0%	29,7%	1,0%	1,0%	3,0%	2,0%	1,0%	1,0%	2,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	100,0%

Tabla 9. Factores de riesgo cruzados: Sexo + profesión.

Entre los factores de riesgo sexo y profesión, se consideró la posibilidad de que los pacientes presentaran un cuadro combinado entre ambos factores ya mencionados. Se mostró que 30 pacientes eran estudiantes correspondientes al 29,7% del total de pacientes; 22 del sexo femenino igual al 31,9% del total

de este mismo y 8 del sexo masculino que representa el 25%. El desempleo correspondió a 19 pacientes que representa el 18,8% del total de pacientes, 13 del sexo femenino que equivale al 18,8% y 6 del sexo masculino que equivale al 18,8% de la totalidad de pacientes. La profesión ama de casa fue de 10 pacientes, todas del sexo femenino que representa el 9,9% del total de pacientes y el 14,5% del total de este mismo sexo. Las demás profesiones que se menciona en la tabla 8, no corresponden ni al 5% de la población total.

4.1.6 Análisis estadísticos sobre el sexo y la profesión

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49.539 ^a	32	0,025
Razón de verosimilitud	61,055	32	0,001
N de casos válidos	101		
a. 61 casillas (92.4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .32.			

4.1.7 Análisis estadístico sobre el diagnóstico y el sexo asociados

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.711 ^a	4	0,447
Razón de verosimilitud	3,862	4	0,425
N de casos válidos	101		
a. 6 casillas (60.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .32.			

4.2 Cálculo de la incidencia

$$\text{Incidencia} = \frac{\text{\#casos}}{\text{total de la población en riesgo de depresión}} \times 10$$

$$\text{Incidencia} = \frac{101}{120} \times 10 = 8,4 \text{ de cada 10 pacientes}$$

El cálculo de la tasa de incidencia del trastorno depresivo mayor es de 8,4 por cada 10 pacientes que acuden a los servicios de emergencias y consulta externa del Instituto de Neurociencias de Guayaquil durante el periodo septiembre 2021 – septiembre 2022.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

La depresión es un trastorno comórbido habitual en la población general que dificulta la búsqueda de ayuda profesional, por ser objeto, entre otros factores, de estigmatización social, complicando así el establecer un diagnóstico adecuado y la adherencia al tratamiento afectando de forma directa el pronóstico del paciente (6) (7).

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, a nivel global, el 3,8% de los habitantes padecen depresión, en el cual se incluye el 4% de los hombres y 6% de las mujeres, lo que resulta en el 5% de los adultos. Además, se ha determinado que la depresión es 50% más frecuente en mujeres (6). En nuestro país, de acuerdo con los datos que proporciona el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el año 2015, hubo 3.406 hospitalizaciones relacionadas a casos de depresión y de acuerdo al Ministerio de Salud, durante ese mismo año hubo 50.379 personas con diagnóstico presuntivo y definitivo de trastorno depresivo mayor de las cuales 36.631 fueron mujeres y 13.748 corresponden a los hombres (17). En nuestro estudio, confirmamos que las estadísticas son compatibles ya que la población estudiada presentó una incidencia del 68,3% de mujeres del total de 101 pacientes y 31,7% de hombres. La edad promedio correspondió a 33 años.

En el Ecuador, se realizó una investigación de mujeres económicamente activas con crisis depresivas en el Instituto de Neurociencias durante el año 2015 donde el universo fueron 50 mujeres que solicitaron ayuda pública en las que se determinó que la edad más frecuente de presentación fue entre 31 – 40 años (3). Otro estudio realizado durante el mismo año en el Instituto de Neurociencias se corresponde con los datos anteriormente mencionados considerando al grupo etario de 31 – 40 años como el de mayor frecuencia de presentación con 59,90% del porcentaje total (4). Sin embargo, los resultados arrojados en la actual investigación discrepan con lo expuesto; según el

histograma dispuesto en el Gráfico 1 nuestros datos se concentran entre los 20 – 30 años.

Respecto a manifestaciones clínicas, en el estudio de crisis depresivas las pacientes afirmaron presentar: problemas de pareja (96%), carga parental (92%), pensamientos suicidas (90%), ansiedad (82%) e insomnio (80%) (3). Mientras que en la publicación sobre depresión grave con síntomas psicóticos destacan las alucinaciones (63,19%), estado de ánimo deprimido (58,19%), anhedonia (41,81%), insomnio (38,46%) y delirios (36,81%) (4). Los síntomas predominantes en el presente trabajo fueron el insomnio con 66,3%; la anhedonia con 59,4%, ideas de muerte con 52,5%, abulia en 48 pacientes que equivale al 47,5% e intento autolítico en 35 pacientes que equivale al 34,7%. A pesar de coincidir en características como anhedonia e insomnio como denominador común existen disparidades en la presentación de sus cuadros clínicos que tienen razón de ser por la distinción natural de presentación de la patología y la extensa sintomatología somática, psicológica y cognitiva propia de la enfermedad.

Todos ellos coinciden en los principales factores de riesgo y causas desencadenantes que se relacionan con la profesión, disfunción familiar y experiencias traumáticas. Se incluyó también los porcentajes de estudiantes que se corresponden con el 29,7% del total de la muestra, desempleo que representa al 18,8% y ama de casa que representa al 9,9%; en contraste con su estudio preliminar donde las mujeres con trabajo figuraron como una mayoría (66%) en tanto que a las mujeres desempleadas les corresponde el 34% restante (3).

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

En el presente trabajo de investigación se determinó que existe un predominio del género femenino por sobre el masculino, el 68,3% de pacientes con trastorno depresivo mayor fueron mujeres y el 31,7%, hombres. En la población de estudio, el promedio de edad de los pacientes fue de 33 años, siendo el más joven de 18 años y la de mayor edad, 64 años.

Al analizar únicamente las principales manifestaciones clínicas, predomina el insomnio en 67 pacientes que equivale al 66,3% del porcentaje total, anhedonia en 60 pacientes que equivale al 59,4%, seguido de ideas de muerte en 53 pacientes que equivale al 52,5%, abulia en 48 pacientes que equivale al 47,5% e intento autolítico en 35 pacientes que equivale al 34,7% del total.

En cuanto a los diagnósticos acorde al CIE-10 y los resultados que se obtuvieron de la tabla cruzada entre diagnósticos y sexo, se impone el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos que prevalece en la mujer con 67,1% por sobre el hombre con 32,9% del total de 70 pacientes; mientras que el episodio depresivo grave con síntomas psicóticos presenta un 76,9% en la mujer a comparación del hombre con el 23,1% del total de 26 pacientes.

Asimismo, los factores de riesgo del trastorno depresivo mayor presentados con mayor frecuencia fueron los antecedentes familiares con algún trastorno mental; de los cuales se encontró a 3 pacientes con enoismo que se ajustan al 3%; suicidio con 2 pacientes que representa el 2% y aquellos que no refieren ningún antecedente familiar correspondientes a 89 pacientes que representa el 88,1% del porcentaje total. Referente a la profesión, se encontró que las 3 más comunes son: estudiantes con 30 pacientes que representa al 29,7% del total, siendo la de mayor frecuencia de presentación; pacientes desempleados con 19 pacientes que representa al 18,8% y ama de casa con 10 pacientes que representa al 9,9%. Respecto a las experiencias emocionalmente perturbadoras, las más destacadas son: fallecimiento familiar con 14 pacientes que representa el 13,9%; ruptura de pareja con 9

pacientes que representa el 8,9% del total y 11 pacientes quienes no refieren experiencia emocionalmente perturbadora lo cual se ajusta al 10,9%.

De acuerdo al cálculo estándar de la incidencia, se estimó que la tasa de incidencia fue de 8,4 por cada 10 pacientes que se presentaron a las áreas de emergencia y consulta externa del Instituto de Neurociencias de Guayaquil durante el periodo septiembre 2021 – septiembre 2022. Superando así la incidencia determinada en un estudio preliminar de crisis depresivas en la misma institución en el año 2015 y cumpliendo con la hipótesis expuesta.

Finalmente, de los 101 pacientes del Instituto de Neurociencias de Guayaquil que cumplieron con los respectivos criterios de inclusión y exclusión, la presentación del trastorno depresivo mayor desde septiembre 1 hasta el 31 de diciembre del 2021 se detalla a continuación: 30 pacientes, 9 hombres (30%) y 21 mujeres (70%) y en el año 2022, desde 1 de enero del 2022 hasta el 31 de septiembre 2022; 71 casos, 23 hombres (32,39%) y 48 mujeres (67,60%). Dando como resultado un aumento de la tasa de incidencia tanto en hombres como mujeres, predominando en el género femenino.

6.2 Recomendaciones

Una vez culminado este proyecto de estudio, se sugiere realizar publicaciones dentro de la misma línea de investigación puesto que existen datos estadísticos previos en una misma institución que marcan un precedente de estudio en los trastornos mentales en nuestro país. Además, su utilidad reside no solamente en el seguimiento de una población con características similares a través del tiempo, sino que la investigación científica es el único dato fidedigno que proporcionará las verdaderas dimensiones de la enfermedad y su alcance en la salud mental de los ecuatorianos.

Del mismo modo, se recomienda establecer un modelo apropiado de abordaje del paciente sustentado en el uso de herramientas de diagnóstico psiquiátrico que permitan categorizar las variables de forma óptima, así como también utilizar un método científico con un tipo de muestreo que minimice los sesgos y garantice la obtención de una muestra representativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LeMoulta J, Gotlib I. Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*. 2018 Junio; 69(1).
2. Beck A. *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects* New York: Hoeber Medical Division, Harper & Row; 1967.
3. Alcívar G. Estudio de crisis depresivas, en mujeres económicamente activas y la estabilidad familiar. Instituto de Neurociencias de Guayaquil, primer trimestre, año 2015. 2015. Guayaquil, Ecuador.
4. Orozco MdlÁ. Depresión grave; síntomas psicóticos en edades de 20 a 40 años. 2015 - 2016. Guayaquil, Ecuador.
5. Guidi J, Fava G. Sequential Combination of Pharmacotherapy and Psychotherapy in Major Depressive Disorder. *JAMA Psychiatry*. 2020 Noviembre; 78(3).
6. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online]. [cited 2023 marzo 31. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
7. Organización Panamericana de la Salud. PAHO. [Online].; 2017. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>.
8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro Estadístico de Defunciones Generales. [Online].; 2020. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/defunciones-generales/>.
9. Ministerio de Salud - Prioridades de investigación en salud. healthresearchwebafrica. [Online].; 2013-2017. Available from: <https://healthresearchwebafrica.org.za/files/Prioridades20132017.pdf>.
10. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - DSM-V. 5th ed. España: Panamericana; 2014.
11. Piñar G, Suárez G, De La Cruz N. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Médica Sinergia*. 2020 Diciembre; 5(12).
12. Esperón S, C. Collins B. Depresión mayor en niños y adolescentes. *Pediatría integral*. 2022.
13. Azúa E, Rojas P, Ruiz S. Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio. *Revista Chilena de Pediatría*. 2019.
14. Madero M, Suárez J, Mayancela M, Villegas E. Trastorno depresivo mayor. *Reciamuc*. 2021 Enero.

15. Pérez RR. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. Medigraphic. 2017 Octubre; 60(5).
16. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud 2013 - 2017. In. Quito; 2013 - 2017.
17. Ministerio de Salud Pública. Salud Gob Ec. [Online]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/#:~:text=Para%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el,a%20los%20de%20los%20hombres.>
18. Fekadu N, Shibeshi W, Engidawork E. Major Depressive Disorder: Pathophysiology and Clinical Management. Journal of Depression and Anxiety. 2016.
19. Aan het M, Mathew S, Charney D. Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. Canadian Medical Association Journal. 2009.
20. Hernández S, Camarena B. El papel del gen del transportador de serotonina en los trastornos de la conducta alimentaria. .
21. G. S. Unipolar depression in adults and initial treatment general principles and prognosis. UpToDate. 2019.
22. Cuesta E, Picón J, Pineida P. Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. Journal of American Health. 2022.
23. Slavich G, Sacher J. Stress, sex hormones, inflammation, and major depressive disorder: Extending Social Signal Transduction Theory of Depression to account for sex differences in mood disorders. Psychopharmacology. 2019.
24. Ramírez L, Pérez E, García F, Salgado H, Atzori M, Pineda J. Nueva teoría sobre la depresión: un equilibrio del ánimo entre el sistema nervioso y el inmunológico, con regulación de la serotonina-quinurenina y el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. Revista Biomédica. 2018.
25. Collazzoni A, Stratta P, Pacitti F, Rossi A, Santarelli V, Bustini M, et al. Resilience as a Mediator Between Interpersonal Risk Factors and Hopelessness in Depression. Frontiers in Psychiatry. 2020.
26. Álvarez M., Vidal C, Llaveró M, Ortuño F. Actualización clínica de los trastornos depresivos. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2019.
27. Álvarez M, Triñanes Y, Atienza G, González M. Depresión mayor en el adulto: factores de riesgo y diagnóstico. Fisterra. 2021 Diciembre.

28. Rodríguez J, Gómez de Lara E. Principales cambios diagnósticos de la CIE-11 en los trastornos afectivos. *Psiquiatría*. 2021; 25.
29. Kennedy S. Core symptoms of major depressive disorder: relevance to diagnosis and treatment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2008.
30. Celleri M, Díaz MS, Ponieman M. Trastorno depresivo mayor: epidemiología, psicopatología y diagnóstico. *UBAPsicología*. 2023.
31. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Guía de salud. [Online].; 2018. Available from: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc_575_depresion_infancia_avaliat_compl.pdf.
32. Cyrus S, Lucas J, Lim A, Chan N, Tan R, Lee S, et al. Diagnostic and Predictive Applications of Functional Near-Infrared Spectroscopy for Major Depressive Disorder: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2020.
33. Agudelo A, Ante C, Torres Y. Factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor, Medellín (Colombia), 2012. *CES Psicología*. 2016.
34. Kraus C, Kadriu B, Lanzenberger R, Zarate C, Kasper S. Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. *Translational Psychiatry*. 2019.
35. Citrome L, Jain R, Tung A, Landsman P, Kramer K, Sanjida A. Prevalence, treatment patterns, and stay characteristics associated with hospitalizations for major depressive disorder. *Journal of Affective disorders*. 2019.
36. Rodríguez D, González M. Integración de la terapia cognitivo-conductual y la terapia centrada en soluciones en un caso de depresión mayor. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 2020.
37. Mendoza I. *Terapia cognitivo conductual: Actualidad, tecnología* Lima, Perú; 2020.
38. J. L. Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis. *UpToDate*. 2020 Marzo 11; 1(21).
39. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. *Guía de Práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. 2014..
40. Alcívar Navarrete GA. Repositorio UCSG. [Online].; 2015. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/4055>.

ANEXOS

Anexo 1. Factores de riesgo y procesos asociados a depresión.

Factores de riesgo y procesos asociados a depresión.

- Antecedentes familiares de depresión.
- Sexo femenino.
- Presencia de enfermedades crónicas (físicas o mentales).
- Abusos o traumas en la infancia.
- Viudez/soledad.
- Violencia de género.
- Rasgos de personalidad neurótica, trastornos de ansiedad, distimia y ataques de pánico.
- Enfermedades cardiacas y diversas patologías endocrinas (diabetes, hipo o hipertiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison y amenorrea hiperprolactinémica).
- Consumo de alcohol y tabaco.
- Dificultades económicas y circunstancias laborales (desempleo, discapacidad, bajas laborales por enfermedad o maternidad).
- Estrés crónico, exposición a adversidades y experiencias de discriminación.
- Esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, creencias disfuncionales, estilo rumiativo de respuesta y sesgos atencionales.
- Factores genéticos (polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina).

Fuente: Álvarez M, Triñanes Y, Atienza G, González M. Depresión mayor en el adulto: factores de riesgo y diagnóstico. Fistera. 2021 diciembre. (27)

Anexo 2. Efectos farmacológicos de los distintos grupos de antidepresivos y su traducción clínica.

Tabla 1. Efectos farmacológicos de los distintos grupos de antidepresivos y su traducción clínica				
Grupo	Mecanismo de acción antidepresivo	Fármacos	Efectos clínicos	Efectos adversos comunes
ISRS	Inhibición de SERT	Fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram, escitalopram	Antidepresivo, ansiolítico	Náusea, diarrea, boca seca, disfunción sexual, ansiedad inicial
IRSN	Inhibición de SERT y NAT	Venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina, milnacipran	Antidepresivo, ansiolítico	Cefalea, insomnio, náusea, diarrea, hiporexia, disfunción sexual, aumento de tensión arterial
IRND	Inhibición de NAT y DAT	Bupropión (anfebutamona)	Antidepresivo, ansiolítico	Boca seca, constipación, náusea, hiporexia, insomnio, cefalea, ansiedad, aumento de tensión arterial
ISRN	Inhibición de NAT	Reboxetina, atomoxetina	Antidepresivo, ansiolítico	Hiporexia, insomnio, mareo, ansiedad, boca seca, constipación, náusea, disfunción sexual
AMT	Agonismo MT ₁ /MT ₂	Agomelatina	Antidepresivo, ansiolítico	Náusea, mareo, somnolencia, cefalea
A α ₂	Antagonismo α -2	Mirtazapina	Antidepresivo, ansiolítico	Aumento de apetito, boca seca, constipación, sedación, mareo, hipotensión
AIRS	Inhibición de SERT y antagonismo 5HT _{2A/2C}	Trazodona	Antidepresivo, ansiolítico, hipnótico	Náusea, edema, visión borrosa, boca seca, constipación, mareo, sedación, hipotensión
ATC	Inhibición de SERT y NAT	Amitriptilina, imipramina, desipramina	Antidepresivo, ansiolítico	Visión borrosa, constipación, aumento de apetito, boca seca, náusea, diarrea, fatiga, sedación, disfunción sexual, aumento de tensión arterial
MM	Inhibición de SERT, agonista 5-HT _{1A/1B/1D} , antagonista 5-HT ₇	Vortioxetina	Antidepresivo, procognitivo, ansiolítico	Náusea, cefalea, mareo, boca seca

AIRS: antagonista de serotonina e inhibidor de recaptura de serotonina; AMT: agonista de receptores de melatonina; ATC: anti-depresivo tricíclico; A α ₂: antagonista de receptores α ₂ de noradrenalina; DAT: transportador de dopamina; IRND: inhibidor de recaptura de noradrenalina y dopamina; IRSN: inhibidor de recaptura de serotonina y noradrenalina; ISRN: inhibidor selectivo de recaptura de noradrenalina; ISRS: inhibidor selectivo de recaptura de serotonina; MM: antidepresivo multimodal; MT: receptor de melatonina; NAT: transportador de noradrenalina; SERT: transportador de serotonina.

Fuente: Pérez, R. R. (2017, octubre). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. Medigraphic, 60(5). Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un175b.pdf>. (15)

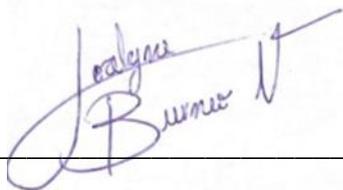
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Burneo Valarezo, Jocelyne Daniela**, con C.C: # **0705778462** y, **Lara Castro, Mario Nicolás**, con C.C: # **0952603249** autores del trabajo de titulación: **Incidencia del trastorno depresivo mayor en pacientes de 18 a 65 años en el instituto de neurociencias, periodo septiembre 2021 – septiembre 2022** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **01 de septiembre de 2023**

f. 

Burneo Valarezo, Jocelyne Daniela

0705778462

f. 

Lara Castro, Mario Nicolás

0952603249

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Incidencia del trastorno depresivo mayor en pacientes de 18 a 65 años en el instituto de neurociencias, periodo septiembre 2021 – septiembre 2022		
AUTOR(ES)	Burneo Valarezo, Jocelyne Daniela Lara Castro, Mario Nicolás		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Gómez Landires, Eduardo Alfredo		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de septiembre del 2023	No. DE PÁGINAS:	#44
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psiquiatría, Medicina, Salud mental		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Trastorno depresivo mayor, depresión, trastornos psiquiátricos, trastornos depresivos, DSM-V, trastornos del comportamiento.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Introducción: El trastorno depresivo mayor, ampliamente conocido como depresión, es un trastorno mental que implica pérdida de interés en actividades cotidianas y de ocio que antes resultaban satisfactorias. Destacan características clínicas como tristeza, irritabilidad, cambios somáticos y cognitivos que afectan al estilo de vida de la persona y se distingue de otros trastornos depresivos por su etiología y permanencia de los síntomas. Metodología: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. Con un universo de 120 pacientes entre los 18 a 65 años obtenidas a partir de la recolección de historias clínicas de pacientes de la consulta externa y emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil, se obtuvo una muestra de 101 pacientes por muestreo no probabilístico que se clasificó en una base de datos de Excel. Resultados: La edad promedio de presentación fue de 33 años, siendo más frecuente en las mujeres (68,3%) que en los hombres (31,7%); la tasa de incidencia fue de 8,4 por cada 10 pacientes que acudieron a la emergencia y consulta externa durante el periodo septiembre 2021 – septiembre 2022. Conclusión: El diagnóstico más común con base al CIE-10 es el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos que prima en el género femenino. Los factores de riesgo como la profesión y el sexo son los más importantes para determinar la posible causa de la enfermedad. Los pacientes presentaron insomnio, anhedonia e ideas de muerte como las manifestaciones clínicas más comunes.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-993045098 +593-991562618	E-mail: jocelyneburneo98@gmail.com mario-lara@hotmail.es	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):::	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: +593-982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			