

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TÍTULO**

Factores psicosociales asociados a los trastornos depresivos en pacientes ingresados en un hospital especializado de la Ciudad de Guayaquil.

**AUTORA:**

Morales Méndez Verónica Elizabeth

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TUTORA:**

**Dra. Cevallos Reyna Eva Hortencia**

**Guayaquil, Ecuador  
28 de Agosto del 2017**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

### **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Morales Méndez Verónica Elizabeth**, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciado en Enfermería**.

**TUTORA**

---

**Dra. Cevallos Reyna Eva Hortencia**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

---

**Mgs. Mendoza Vines Ángela Ovilda**

**Guayaquil, a los 28 días del mes de Agosto del año 2017**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, Morales Méndez Verónica Elizabeth

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación: **Factores psicosociales asociados a los trastornos depresivos en pacientes ingresados en un hospital especializado de la Ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del Título de **Licenciado en Enfermería**, 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, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 28 días del mes de Agosto del año 2017**

**AUTORA**

---

Morales Méndez Verónica Elizabeth



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, Morales Méndez Verónica Elizabeth

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la Institución del Trabajo de Titulación **Factores psicosociales asociados a los trastornos depresivos en pacientes ingresados en un hospital especializado de la Ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 28 días del mes de Agosto del año 2017**

**AUTORA:**

---

Morales Méndez Verónica Elizabeth

# URKUND

Documento TESIS\_FINAL de septiembre de 2017.docx (33039665)

Presentado por veronicamorales31@yahoo.it

Recibido eua.cevallos.ucg@analysis.orkund.com

Mensaje Trabajo de Tulación Verónica Morales [Mostrar el mensaje completo](#)

De estas 25 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

## Lista de fuentes Bloques

- TESIS.DOC
- <http://www.confesagalla.org/wp-content/uploads/2015/09/Modelo-de-Acta-de-Examen-de-Grado-5...>
- <https://www.acolacion.org/online-articulos/online-articulos/27733332>
- <http://www.cajao.org/online-articulos/online-articulos/online-articulos/27733332>
- Proyecto de Tesis - Edison Chicala.docx
- <http://repositorio.urc.edu.ec/bitstream/handle/10566/3002/83266002-2012.pdf>
- <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673616314602>

14 Fuentes. Reiniciar Exports Compartir

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS CARRERA DE ENFERMERIA

TITULO Factores psicofísicos asociados a los trastornos depresivos en pacientes ingresados en un hospital de especialidad de la Ciudad de Guayaquil.

AUTORA Morales Mendez Verónica Elizabeth

TESIS PRESENTADA PARA LA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA

TUTORA: Dra. Cevallos Reyna Eva Hortencia

Guayaquil, Ecuador

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS CARRERA DE ENFERMERIA

CERTIFICACION

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Verónica Elizabeth Morales Mendez, como requerimiento para la obtención del Título de Licenciado en Enfermería.

TUTORA

# URKUND

---

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** TESIS FINAL 4 de septiembre de 2017.docx (D30386965)  
**Submitted:** 2017-09-05 18:35:00  
**Submitted By:** veronicamorales82@yahoo.it  
**Significance:** 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear.

0

*Ernesto Morales*

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO Factores psicosociales asociados a los trastornos depresivos en pacientes ingresados en un hospital de especialidad de la Ciudad de Guayaquil.

AUTORA: Morales Méndez Verónica Elizabeth

TESIS PRESENTADA PARA LA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

TUTORA: Dra. Cevallos Reyna Eva Hortencia

Guayaquil, Ecuador

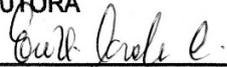
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Verónica Elizabeth Morales Méndez, como requerimiento para la obtención del Título de Licenciado en Enfermería.

TUTORA

 Dra. Cevallos Reyna Eva Hortencia

DIRECTORA DE LA CARRERA

\_\_\_\_\_ Lcda. Mendoza Vences Ángela Ovilla, Mgs

Guayaquil, a los 28 días del mes de septiembre del año 2017

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Morales Méndez Verónica Elizabeth

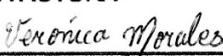
DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación Factores psicosociales asociados a los trastornos depresivos en pacientes ingresados en un hospital de especialidad de la Ciudad de Guayaquil, previo a la obtención del Título de Licenciado en Enfermería, 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, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido

Guayaquil, a los 28 días del mes de septiembre del año 2017

LA AUTORA

 Morales Méndez Verónica Elizabeth

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA  
 AUTORIZACIÓN

Yo, Morales Méndez Verónica Elizabeth

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la Institución del Trabajo de Titulación Factores psicosociales asociados a los trastornos depresivos en pacientes ingresados en un hospital de especialidad de la Ciudad de Guayaquil, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 28 días del mes de septiembre del año 2017

LA AUTORA:

*Verónica Morales*

Morales Méndez Verónica Elizabeth ÍNDICE

Contenido INTRODUCCIÓN.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
10 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
10 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	10
10 JUSTIFICACIÓN.....	11
11 OBJETIVO GENERAL.....	12
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
12 MARCO TEÓRICO.....	13
1.1.....	13
DEFINICIÓN.....	13
1.2. CLASIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN.....	14
1.3 EPIDEMIOLOGÍA.....	16
1.4 ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.....	18
1.5 FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN.....	21
1.6 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.....	24
1.7. MARCO LEGAL Y NORMATIVO RELACIONADO A LA SALUD MENTAL ECUADOR.....	26
26 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
27 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	28
28 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	35
35 CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	46
46.....	46
REFERENCIAS.....	47
47 ANEXOS.....	52

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios, por darme salud para poder lograr mis metas, a mi madre la Sra. Eloísa Méndez, por sus consejos y motivación para continuar con mis estudios, a la Dra. Adelaida Alvear Méndez por su guía, disponibilidad y generosidad.

Así mismo agradezco a mis hermanos y a los miembros de mi familia que me incentivaron para esforzarme cada día.

A la directora de la Carrera de enfermería la Lcda. Ángela Mendoza. A la coordinadora de tesis la Lcda. Martha Olguín, a mi tutora de trabajo de titulación la Dra. Eva Cevallos y a la Lcda. Cristina Gonzales por revisar el presente trabajo de titulación, gracias a todas por su paciencia y dedicación.

A todas las personas que me apoyaron de una u otra manera para cumplir con éxito mi meta, la Dra. Ileana Rosado, así como también al equipo de salud del Instituto de Neurociencias, la Dra. Paola Escobar y a todas las doctoras y licenciadas en enfermería como la Lcda. Gladys Castro que brindan un servicio con calidez y calidad a todos los pacientes que lo necesitan.

**Morales Méndez Verónica Elizabeth**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de titulación se lo dedico a mi madre, la Sra. Eloísa Méndez quien con sus consejos, sabiduría e inculcación de valores ha sabido guiarme incluso en los momentos más difíciles de mi vida y mi padre el Sr. Filiberto Morales quien en vida fue un trabajador ejemplar.

Fueron, son y serán mi inspiración y mi ejemplo de que, en la vida, con esfuerzo, trabajo y voluntad, se cumplen las metas y hacen realidad los sueños.

**Morales Méndez Verónica Elizabeth**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Mgs. MENDOZA VINCES ÁNGELA OVILDA**  
DIRECTORA DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Dra. CEVALLOS REYNA EVA HORTENCIA**  
TUTORA

f. \_\_\_\_\_

**Mgs. HOLGUÍN JIMÉNEZ MARTHA LORENA**  
COORDINADORA DEL ÁREA UNIDAD DE TITULACION ESPECIAL

f. \_\_\_\_\_

**Mgs. GONZÁLEZ OSORIO CRISTINA VIRMANIA**  
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**CALIFICACIÓN**

---

# ÍNDICE

## Contenido

INTRODUCCIÓN.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	18
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	18
JUSTIFICACIÓN.....	19
OBJETIVO GENERAL.....	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
MARCO TEÓRICO.....	21
1.1 DEFINICIÓN.....	21
1.2. CLASIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN.....	22
1.3 EPIDEMIOLOGÍA.....	24
1.4 ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.....	26
1.5 FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN.....	29
1.6 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.....	32
1.7. MARCO LEGAL Y NORMATIVO RELACIONADO A LA SALUD MENTAL	
ECUADOR.....	34
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	36
PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	36
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	43
CONCLUSIONES .....	54
RECOMENDACIONES.....	55
REFERENCIAS.....	56
ANEXOS.....	61

## RESUMEN

**Introducción:** Según la OMS: “La depresión es considerada la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo” (OMS, 2017). Es una enfermedad compleja donde se involucran factores genéticos y ambientales dentro de los cuales se incluyen factores psicosociales que pueden variar entre poblaciones atendiendo a circunstancias culturales y sociales. **Objetivos:** Identificar los factores psicosociales asociados a los trastornos depresivos en pacientes ingresados en un hospital especializado de la ciudad de Guayaquil. **Metodología:** Se realizó un estudio de tipo transversal descriptivo. Se utilizó la observación indirecta para la recogida de información referida al diagnóstico clínico del paciente. Se realizó una entrevista estandarizada a cada uno de los pacientes, previo consentimiento informado. La información fue recogida en un instrumento diseñado para este estudio. **Resultados:** Se encontró que los factores demográficos de mayor impacto en la depresión de los pacientes estudiados fueron ser mujer, con el 56,6 %, de procedencia urbana y encontrarse sin una relación de pareja estable. Los factores de riesgo sociales y psicológicos identificados concordaron con lo reportado en la literatura para agentes estresantes como el desempleo, problemas de convivencia, divorcio, pérdida de familiares e historia de abuso en la infancia con un 53,8 % en hombres y un 63,3 % en mujeres. El 86,6 % padecía de trastorno de depresión mayor. **Conclusiones:** Los resultados de este estudio contribuyen a la comprensión de la problemática de depresión en el país y pueden ser considerados en estrategias de prevención y educación para la salud, en las familias y grupos vulnerables en nuestra población.

**Palabras clave:** depresión, factores demográficos, factores sociales, factores psicológicos.

## ABSTRACT

Depression is considered the main cause of health problems and disability worldwide. It is a complex disease where genetic and environmental factors are involved, which include psychosocial factors that can vary between populations according to cultural and social circumstances. A descriptive cross-sectional study was conducted to identify the psychosocial factors associated with depressive disorders in patients admitted to a specialized hospital in the city of Guayaquil from May to September 2017. The study revealed that women are mostly affected by this pathology with the 56.6 %, as well as being of urban origin and being without a stable relationship. The social and psychological risk factors agreed with the report in the literature for stress factors, such as unemployment, problems of coexistence, divorce, loss of family members and history of abuse in childhood with a 53.8 % in men and 63, 3% in women. The 86.6 % suffered from mayor depression disorder. The results of this study contribute to the understanding of the depression's problem in the country and can be considered when it comes to prevention strategies and health education in families and vulnerable groups in our population.

**Key words:** depression, demographic factors, social factors, psychological factors.

## INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente, que: “contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad” (OMS, 2017). Se define como una alteración del estado de ánimo de las personas, que se expresa por sentimientos de tristeza, desesperación y pesimismo, provocando en casos más graves ideas suicidas e incapacidad para desarrollar las actividades cotidianas (Townsend M.C., 2011).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta enfermedad afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial, es considerada la principal causa de discapacidad y puede conducir a acciones autodestructivas. “Cada año se suicidan cerca de 800.000 personas con depresión y constituye la segunda causa de muerte más común en el grupo etario de 15 a 29 años” (OMS, 2017).

En las Américas, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2017) cerca de 50 millones de personas vivían con depresión en 2015, lo que significa alrededor del 5 % de la población. En esta región aproximadamente seis de cada diez personas afectadas por este trastorno no busca o no recibe tratamiento psicológico ni ayuda social, lo que puede contribuir a agravar la situación y el impacto social de la enfermedad. Se reporta que cada año en las Américas se quitan la vida alrededor de 63.000 personas a causa de la misma.

Según un estudio realizado en 2012 por la PAHO:

En el Ecuador entre 2008 y 2010 las cinco primeras causas asociadas con la salud mental fueron la depresión, que aumentó de 108 a 113 casos por cada 100.000 habitantes, la ansiedad, de 66 a 99, la epilepsia, de 47,8 a 63,2 y el retraso mental, 25,2 a 37. (Ministerio de Salud Pública, citado por Pan American Health Organization, 2012)

Estos valores evidencian que también en el país la depresión constituye un problema de salud de importancia desde el punto de vista social y económico (*Pan American Health Organization, 2012*).

La OMS señala que, a pesar de la existencia de tratamientos probados para la depresión, más de la mitad de los afectados a nivel mundial no recibe atención adecuada y oportuna, esto se debe a los escasos recursos económicos, así como también a un déficit de equipos de salud capacitados, sumando a todo esto los prejuicios que aún existen sobre los trastornos mentales y un eventual diagnóstico clínico inexacto que se manifiesta en el hecho de que las personas con depresión a menudo no son correctamente tratadas (OMS, 2017).

Esta enfermedad resulta de una compleja interacción entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Por esta razón, para el diagnóstico, tratamiento y prevención de los episodios recurrentes de depresión, resulta de inestimable valor la identificación de los factores socioeconómicos y demográficos relacionados con la aparición del trastorno, en cada población, teniendo en cuenta que estos pueden variar, por ejemplo, entre países con diferentes estados de desarrollo sociocultural.

En Ecuador, no se dispone de estudios globales que permitan identificar los factores de riesgo potenciales para esta enfermedad. El presente estudio tiene la finalidad de caracterizar los factores psicosociales que influyen en la aparición de la depresión en una muestra de la población ecuatoriana que recibe atención médica hospitalaria en la ciudad de Guayaquil. Los resultados de esta investigación pueden contribuir a identificar estos factores de riesgo para la enfermedad en el país, lo que es importante para establecer estrategias de intervención de la depresión en el contexto local.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La depresión es considerada: “la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo” (OMS, 2017). Puede presentarse con una elevada frecuencia tanto en personas que viven en países en vía de desarrollo como en las que habitan en países desarrollados, sin distinción de edad, género, clase social, raza o cultura.

La OMS afirma que “ha identificado fuertes vínculos entre la depresión y otros trastornos y enfermedades no transmisibles. Aumenta el riesgo de trastornos por uso de sustancias y enfermedades como la diabetes y las enfermedades del corazón” (OMS/OPS, 2017), por lo que tiene un impacto económico y social importante.

Esta enfermedad, por su etiología compleja, involucra factores genéticos y ambientales dentro de los cuales se incluyen factores psicosociales pueden variar entre poblaciones atendiendo a circunstancias culturales y sociales. El conocimiento de los mismos permite un adecuado manejo en el tratamiento y prevención de la enfermedad en cada población.

En el país se dispone de poca información sobre los principales factores psicosociales que influyen en la etiología de la enfermedad en nuestras condiciones.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores psicosociales que están asociados a los estados depresivos en pacientes atendidos en un hospital especializado de la ciudad de Guayaquil?

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

¿Qué factores psicológicos y sociales están mayormente relacionados con los trastornos depresivos de los pacientes en estudio?

¿Qué tipos de depresión padecen los pacientes ingresados en el hospital especializado de la ciudad de Guayaquil seleccionado para el estudio?

## **JUSTIFICACIÓN**

El trastorno depresivo es un problema de salud a nivel del Ecuador, las cifras reportadas en los últimos años por el Ministerio de Salud Pública (MSP), muestran un aumento del número de casos a nivel nacional, lo que demanda de acciones encaminadas no solo al tratamiento sino también a la prevención, esta enfermedad afecta el estado de ánimo de los individuos, de no ser tratada debidamente, repercute de forma negativa en la persona que la padece, la familia y la comunidad, desde el punto de vista económico y social.

Para poder diseñar planes de prevención que respondan a esta situación es necesario conocer los factores sociales, psicológicos y demográficos que inciden en la aparición de signos y síntomas agudos y crónicos de la depresión entre nuestros pacientes. Esto constituye el principal objetivo de este trabajo, partiendo de una muestra de pacientes atendidos en régimen hospitalario en la ciudad de Guayaquil.

Se espera que los resultados de este estudio contribuyan a la comprensión de la enfermedad en el país y a diseñar estrategias de prevención y educación para la salud, en las familias y grupos vulnerables de padecerla.

Este trabajo responde a las prioridades del Modelo y Plan estratégico de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública (MSP), establecido por el país para la prevención de enfermedades mentales. (Modelo y Plan estratégico de Salud Mental, 2014).

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores psicosociales asociados a los trastornos depresivos en pacientes ingresados en un hospital especializado de la ciudad de Guayaquil.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar la muestra desde el punto de vista demográfico.
2. Identificar los factores psicológicos y sociales ligados a la depresión de los pacientes que participan en el estudio.
3. Clasificar los tipos de depresión que padecen los pacientes que participan en el estudio.

# DESARROLLO

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

Depresión: definición, clasificación y características clínicas de la depresión, epidemiología, etiología de los trastornos depresivos, factores psicosociales relacionados.

#### 1.1 Definición

Atendiendo a la definición conceptual que establece el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su quinta edición, (DSM-5) los trastornos depresivos, que habitualmente englobamos en el término depresión, se caracterizan por: “la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

“La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana” (OMS, 2017), por lo que sí es un trastorno mental y la Organización Mundial de la salud, 2017 afirma que “puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad de moderada a grave; igualmente puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares”.

## 1.2. Clasificación y características clínicas de la depresión

La clasificación de los trastornos depresivos establecida incluye:

Los trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2014, p.155)

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) afirma que “la diferencia entre ellos es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología” (p. 155)

La clasificación de estos trastornos armoniza con los criterios del Manual Internacional de Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1994), ya anteriormente equivalente al DSM-V (American Psychiatric Association (1994).

El trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo. Es un trastorno del humor clínicamente heterogéneo, que tiene un curso episódico con tendencia a la recurrencia. El código diagnóstico para este de depresión se basa en si es un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen en el momento del diagnóstico todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los especificadores de remisión sólo están indicados si no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El DSM-5 permite realizar además una serie de especificaciones para el trastorno depresivo mayor que hacen referencia a la gravedad/curso del episodio actual (leve, moderado, grave, con características psicóticas, en remisión parcial, en remisión total, no especificado) y sus características (con ansiedad, con características mixtas, con características melancólicas, con características atípicas, con características psicóticas congruentes con el

estado de ánimo, con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo, con catatonía, con inicio en el periparto, con patrón estacional).

Se estima que entre el 20-30 % de los pacientes con trastorno depresivo mayor también cumple los criterios de trastorno depresivo persistente (distimia). De igual modo, un 40 % de los pacientes con distimia podrían cumplir criterios de depresión mayor en algún momento de la evolución (Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, 1999).

Los trastornos depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad. Esta se define como la presencia de dos o más de los síntomas siguientes durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia): se siente nervioso o tenso, se siente inhabitualmente inquieto, dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones, miedo a que pueda suceder algo terrible, el individuo siente que podría perder el control de sí mismo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Los altos grados de ansiedad se han asociado a duración más prolongada de la enfermedad, mayor probabilidad de falta de respuesta al tratamiento y a un riesgo mayor de suicidio durante todo el tiempo que duran los episodios de depresión mayor. Según indica el DSM-5, el riesgo de suicidio aumenta con la presencia de factores de riesgo como ser varón, estar soltero o vivir solo y tener intensos sentimientos de desesperanza.

La conducta suicida en individuos con depresión no solo tiene un impacto en el paciente, sino que puede influir en la conducta de su descendencia. Algunos estudios que examinan la asociación entre la psicopatología de los padres y pensamientos suicidas o comportamiento suicida en sus descendencias refieren que los hijos expuestos a intentos suicidas de madres con trastornos mentales

tienen un riesgo mayor de padecer estos mismos comportamientos en las primeras etapas de su vida (Goodday, S.M., *et al.*, 2017).

### 1.3. Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo (OMS, 2017). Por su parte, el estudio Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study (2015) señala que “los trastornos depresivos fueron la cuarta causa de discapacidad en 2005 y la tercera causa de discapacidad en 2015”. Los valores reportados en dicho estudio se resumen en la tabla 1. Este estudio refiere además que la mayoría de los países de ingresos altos experimentaron niveles de discapacidad mayor a lo esperado debido a trastornos depresivos (GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators, 2016).

Tabla 1. Prevalencia global de trastornos depresivos y años vividos con discapacidad. 2015

	<b>Prevalencia (miles)</b>	<b>AVD (miles)</b>
Trastornos mentales y de uso de sustancias	1 058 903,8 (1 038 544,9 a 1 080 413,8)	149 977,9 (108 716,1–193 130,8)
Trastornos depresivos	311 147,6 (300 016,8 a 320 544,3)	54 255,4 (37 569,9–72 943,3)
Trastorno depresivo mayor	216 047,0 (192 863,4 a 243 319,4)	44 224,4 (29 672,5–60 297,0)
Distimia	104 106,3 (90 398,1 a 118 968,9)	10 031,0 (6 605,9–14 267,1)

Nota: Los datos entre paréntesis son intervalos de incertidumbre del 95%.

Leyenda: AVD= Años Vividos con Discapacidad

Fuente: GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016 Oct 8;388(10053):1545-1602. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27733282/>

Los AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad), término introducido por la OMS en 1993 para estimar la carga de las enfermedades, más allá de la mortalidad y la morbilidad, es una medida de pérdida de la salud que combina información tanto del impacto de la muerte prematura como de la discapacidad y otros problemas de salud no mortales provocados por la enfermedad, permitiendo estimar la carga global de las enfermedades. Se considera que la depresión es responsable del 4,4 % del total de AVAD y es la causa principal de APD (años perdidos por discapacidad): 11,9% del total. En el grupo de 15 a 44 años es la segunda causa de carga, y responsable del 8,3 % de los AVAD perdidos. Estas estimaciones demuestran claramente el alto nivel de carga atribuible hoy día a la enfermedad.

Para el año 2020, si las actuales tendencias de la transición demográfica y epidemiológica se mantienen, se estima que la carga de depresión aumentará al 5,7 % de la carga total de morbilidad, convirtiéndose en la segunda causa de AVAD perdidos. En el mundo, sólo será superada en AVAD perdidos para ambos sexos por la cardiopatía isquémica. En las regiones desarrolladas, la depresión será para esas fechas la primera causa de carga de morbilidad (Comisión Mixta Atención Primaria-Salud Mental, 2007).

En las Américas, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cerca de 50 millones de personas vivían con depresión en 2015, lo que significa alrededor del 5 % de la población. En dicha región “casi 7 de cada 10 personas con depresión no reciben el tratamiento que necesitan” (OPS, 2017).

#### **1.4. Etiología de los trastornos depresivos**

La literatura sobre el tema reconoce las siguientes teorías en relacionadas con la etiología de la depresión (Townsend, 2008), (Shives, 2007):

##### **Teoría genética**

Esta teoría sugiere que la persona puede tener una predisposición genética a la enfermedad. Hay una mayor incidencia del síndrome en los parientes en primer grado de las personas diagnosticadas de trastornos unipolares que en la población general.

Una hipótesis sugiere que hay una predisposición genética a un umbral más bajo de estrés. Así, los que tienen un nivel bajo son más susceptibles a los cambios químicos que se producen con los sucesos estresantes.

##### **Teoría Bioquímica**

Esta se centra en la desregulación de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina que participan en la regulación del estado de ánimo. Un aumento de estos se asocia con el aumento del ánimo, y por el contrario, la disminución con la depresión. Se ha postulado que la dopamina tiene también una función en este proceso.

Por otra parte, dentro de esta teoría se incluye la participación de alteraciones neuroendocrinas descritas en pacientes con depresión como baja concentración de hormonas tiroideas, observada en el 5 % al 10 % de los pacientes, disminución de la secreción de melatonina en horas nocturna y disminución de los niveles de prolactina, folitropina, testosterona y somatostatina.

##### **Teoría intrapersonal**

Se centra en el tema de la pérdida, ya sea real o simbólica. La pérdida puede ser de otra persona, una relación, un objeto, la autoestima, o la seguridad.

Cuando el duelo no se reconoce o no se resuelve, puede resultar la depresión. Un sentimiento normal que acompaña a todas las pérdidas es el enojo, sin

embargo a las personas a las que se enseña que el enojo es un sentimiento inadecuado aprenden a reprimirlo, el resultado es que el enojo se vuelve hacia dentro y contra el yo, algunos teóricos creen que el reprimido enojo y agresión con el yo es la causa del episodio depresivo.

La teoría intrapersonal relaciona la tendencia por los trastornos afectivos que se produce en las familias con deterioro de la paternidad.

Esta teoría también es aplicable para explicar la elevada incidencia de depresión en mujeres y personas ancianas.

### **Teoría del aprendizaje**

La teoría del aprendizaje afirma que las personas aprenden a estar deprimidas como respuesta a un locus de control externo al percibir la falta de control sobre las experiencias de la vida.

Durante su vida, las personas deprimidas han experimentado poco éxito en lograr gratificación y refuerzo positivo por sus intentos de superar los incidentes negativos.

Las técnicas de afrontamiento adaptativo no se enseñan a menudo a las mujeres asumiendo que avanzaran de la dependencia a los padres a la dependencia al esposo. Esta expectativa de dependencia refuerza las ideas de desamparo aumentando el riesgo de depresión.

### **Teoría cognitiva**

Según esta teoría hay tres componentes interdependientes en el modelo cognitivo. El primer componente, la triada cognitiva, se relaciona con las visiones del yo del presente y del futuro. Las personas deprimidas han aprendido a verse como incompetentes, sin importancia e indignos de gustar. El segundo componente se ocupa de los patrones cognitivos, o formas de interpretar la información. Las personas deprimidas se centran en los mensajes negativos del ambiente e ignoran las experiencias positivas. Estos patrones

negativos contribuyen al tercer componente, los errores cognitivos. Las personas deprimidas tienen una tendencia a hacer juicios globales y a personalizar los incidentes negativos. Tienen un pensamiento dicotómico, es decir, las cosas son buenas o malas, la vida es o un éxito o un fracaso.

### **Teoría del estatus social**

Se relaciona con las teorías antes mencionadas, poniendo énfasis en la sociedad y cultura.

Esta teoría holística tiene en cuenta los componentes psicológico, sociológico y económico de la depresión. Así por ejemplo, las expectativas en el rol del género siguen persistiendo y contribuyendo a índices más elevados de depresión entre las mujeres. También esta teoría se aplica a las personas adultas mayores, que se sienten inútiles, sin importancia y excluida lo cual puede amenazar su autoestima.

La Organización Mundial de la Salud afirma que:

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares para promover un modelo de pensamiento positivo entre los niños y adolescentes. Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos. Los programas de ejercicio para las personas mayores también pueden ser eficaces para prevenir la depresión. (OMS, 2017)

## **1.5 Factores psicosociales que influyen en la depresión**

Entre los factores asociados tenemos que: “la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales” (Londoño, C. y González Rodríguez, M., 2016, p.317). Esto significa que no basta con la susceptibilidad genética del individuo, expresada como un fenotipo de hiperreactividad al estrés, sino que muchos factores en el individuo y en el ambiente pueden aumentar o disminuir el riesgo para la aparición de la enfermedad. “Las experiencias tempranas vividas por el individuo actúan como factores predisponentes de la depresión, ya que modulan la respuesta más o menos aguda de estrés desencadenada por los acontecimientos estresantes, la cual, a su vez, es considerada precursora de la depresión” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), (Caspi, Hariri, Holmes, Uher y Moffitt, 2010); (Karg, Burmesister, Shedden y Sen, 2011).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, en su manual DSM-V (2014), la prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. En relación con esta tendencia en las estadísticas de salud relacionadas con la enfermedad, algunos autores plantean que pudiera relacionarse al hecho de que las mujeres que sufren de depresión son más proclives que los hombres afectados a usar los servicios sanitarios o a solicitar soporte social. Los hombres tienen dificultad para reconocer y aceptar que sufren de depresión, y de hacerlo optan por medidas para evadirla consumiendo alcohol, drogas, o con mecanismos extremos de escape como el suicidio (Londoño, C. y González Rodríguez, M., 2016).

La literatura reporta que un bajo nivel de escolaridad en individuos adultos es un importante factor de riesgo para la depresión. Un meta análisis realizado a partir de 36 estudios, que contempló 16,590 and 24,067 individuos con mayor o menor nivel de educación respectivamente, reporta que en sujetos con menor

nivel educación hay una mayor prevalencia de depresión que en aquellos con más educación (OR: 1,58, IC del 95 %: 1,38-1,82) (Huang Chang-Guan, *et. al*, 2010).

Un estudio de corte transversal sobre los datos de la encuesta nacional de demografía y salud del año 2010 (ENDS 2010) de Colombia, “que contempló 50.000 hogares con 17.574 adultos mayores encuestados, también encontró relación entre un bajo nivel de escolaridad y mayor frecuencia de depresión”. “En el estudio se realizó una regresión logística binaria y múltiple para establecer las variables asociadas a la depresión. Se encontró una prevalencia global de 9,5 %, siendo mayor para el sexo femenino (11,5 %, OR =1,74)”, y una menor prevalencia de depresión en la educación superior (OR= 0.14 (IC 95% 0.09- 0.24), por lo que se interpretó que el riesgo para la enfermedad disminuye a medida que aumenta la escolaridad (Aldana Olarte R.A, 2012).

La razón por la cual menos educación es un factor de riesgo para la depresión no está del todo clara. Se ha demostrado que las personas mayores con menos educación tienen menos autoeficacia y función cognitiva, lo que pudiera relacionarse con una menor capacidad para afrontar situaciones estresantes durante la vida. (Aldana Olarte R.A, *et. al*, 2012).

Se plantea que situaciones estresantes como el desempleo, el luto y las pérdidas materiales, aumentan el riesgo de sufrir depresión (Aldana Olarte R.A, *et. al*, 2012). El DSM-5, dentro de los factores de riesgo y pronósticos asociados a trastornos depresivos plantea que “los acontecimientos adversos durante la infancia, especialmente cuando son múltiples experiencias de diversos tipos, constituyen un potente conjunto de factores de riesgo de contraer un trastorno depresivo mayor” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). En particular, la historia de abuso durante la infancia o la adolescencia se ha asociado con una mayor incidencia de los trastornos del estado de ánimo y otros trastornos psiquiátricos, sobre todo en mujeres (Molnar, B.E., Buka, S.L., y Kessler, R. C., 2001).

Un estudio reciente reporta asociación entre la historia de abuso físico y sexual en adolescentes hembras con dos variables: daño auto infringido (intento de suicidio) y problemas de relacionales padre-adolescente. Los OR para estos fueron de 6.4 y 4.5, respectivamente (LeBoeuf *et al.*, 2017).

Se plantea que los problemas sociales y los factores estresantes son más prevalente en las zonas urbanas, lo que condiciona una mayor prevalencia de trastornos mentales. En el año 2010 fue publicado un meta análisis realizado por Peen J. *et al.* (2010), con el objetivo de investigar los vínculos entre urbanización y psicopatología en países desarrollados, a partir de 20 estudios de encuestas de población publicados desde 1985. Las enfermedades psiquiátricas estudiadas fueron los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y los trastornos por uso de sustancias. Se encontró que las tasas totales de prevalencia agrupadas para trastornos psiquiátricos eran significativamente más altas en las zonas urbanas, en comparación con las zonas rurales. Las tasas específicas agrupadas para los trastornos del humor y los trastornos de ansiedad fueron también superiores en las zonas urbanas, mientras que las tasas de trastornos por uso de sustancias no mostraron diferencias entre las regiones de procedencia.

En un estudio prospectivo realizado por Philip D. St. John, *et al.* (2009), durante cinco años, se determinó que los adultos de 65 años o más, sin síntomas depresivos, que vivían en zonas rurales tuvieron un menor riesgo de desarrollar síntomas depresivos que sus contrapartes urbanas. Los factores identificados como predictores del desarrollo de síntomas depresivos en adultos mayores en áreas urbanas fueron el sexo femenino y la mala auto-evaluación de la salud en el momento de la primera entrevista.

La depresión a menudo coexiste con otras enfermedades que pueden presentarse antes del trastorno depresivo, causarla, y/o ser el resultado de esta.

Algunos ejemplos son la enfermedad cardiaca, el derrame cerebral, el cáncer, el VIH/SIDA, la diabetes y la enfermedad de Parkinson. Las personas que padecen depresión, además de otras enfermedades médicas, tienden a presentar síntomas más graves, tanto de la depresión como de las enfermedades médicas, y a adaptarse con mayor dificultad a su condición médica. (Townsend M.C., 2011).

El abuso o la dependencia del alcohol o de otras sustancias también pueden ser coexistentes con la depresión. De hecho, investigaciones han indicado que la coexistencia de trastornos del ánimo y la adicción a sustancias son dominantes entre la población de los Estados Unidos. (Townsend M.C., 2011).

### **1.6 Diagnóstico y tratamiento**

Muchas personas con una enfermedad depresiva nunca buscan tratamiento. Pero la gran mayoría, incluso aquellas con los casos más graves de depresión, pueden mejorar con tratamiento. Intensivas investigaciones de la enfermedad han resultado en el desarrollo de medicamentos, psicoterapias y otros métodos para tratar a las personas con este trastorno incapacitante.

La depresión es uno de los trastornos del estado de ánimo prioritario en el Programa de Acción para Superar la Brecha en Salud Mental, de la OMS, señalando que:

Este tiene como objetivo ayudar a los países a ampliar los servicios para personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, mediante la prestación de la asistencia por profesionales sanitarios que no son especialistas en salud mental.

El programa parte del principio de que, con una atención adecuada, ayuda psicosocial y medicación, decenas de millones de personas con trastornos mentales, entre ellos la depresión, podrían tener una vida normal, incluso en entornos con escasos recursos. (OMS, citado por Centro Regional de Información de las Naciones Unidas para Europa Occidental, 2017).

El primer paso para obtener el tratamiento adecuado es visitar a un médico. Ciertos medicamentos y condiciones médicas, tales como virus o trastornos de tiroides, pueden provocar los mismos síntomas que la depresión. Un médico

puede descartar estas posibilidades por medio de un examen físico, una entrevista, y pruebas de laboratorio. Después de que el médico ha descartado una condición médica como la causa de la depresión, el siguiente paso será, llevar a cabo una valoración psicológica que debe ser realizada por un profesional de la salud mental.

Al paciente se le realizará una evaluación diagnóstica completa, la cual se podrá efectuar a través del diálogo y entrevista con el paciente, con el propósito de obtener: antecedentes patológicos familiares y personales de la depresión. Recabando así información sobre el comienzo, la duración, la gravedad y su recurrencia de la misma. Es importante también preguntar si el paciente tiene hábitos perjudiciales para su salud como pueden ser el consumo de drogas o alcohol, y si ha tenido ideas autodestructivas o pensamientos recurrentes de muerte.

Una vez realizado el diagnóstico, el paciente con trastorno depresivo puede acceder un tratamiento tanto farmacológico como psicológico que le permitirá mejorar su calidad de vida.

### **Psicoterapia**

En el tratamiento del paciente con depresión la psicoterapia puede ayudar y se las mismas se pueden adaptar las necesidades del individuo que padece el trastorno, es así que este tratamiento puede durar un corto periodo de tiempo, entre 10 a 20 semanas, y en otros casos se puede extender a largo plazo.

La psicoterapia pueden ser principalmente de dos tipos la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, mediante las cuales se logrará un tratamiento efectivo para la depresión. Estas educan al paciente a cambiar su forma de pensar y actuar, por ejemplo la terapia cognitivo-conductual, fomenta un nuevo modo de pensar, descartando pensamientos y comportamientos negativos que contribuyen a la aparición del trastorno depresivo. En cambio a terapia interpersonal impulsa a los pacientes a comprender y solucionar

aquellos vínculos personales problemáticos que van a influir en la causa o empeoramiento de la depresión (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

En algunos pacientes “la psicoterapia es la mejor opción para la depresión leve a moderada, en casos graves de depresión, esta no es suficiente, siendo necesario una combinación de medicamentos y psicoterapia, para el tratamiento y reaparición de la depresión” (Journal of the American Medical Association, 2004).

### **1.7. Marco legal y normativo relacionado a la salud mental en Ecuador**

La Constitución Política de la República del Ecuador contempla disposiciones orientadas a garantizar la salud, el Buen Vivir y el desarrollo integral de todos los ecuatorianos. En particular el Art. 66 determina aspectos relacionados con la salud mental. El mismo hace referencia a la integridad personal, que incluye: “a) La integridad física, psíquica, moral y sexual. b) Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. c) La prohibición de la tortura, la desaparición forzada y los tratos y penas crueles, inhumanas o degradantes (Modelo y Plan estratégico de Salud Mental, 2014).

Por otra parte, el Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV) 2013-2017 manifiesta que:

El principio rector de la justicia relacionado con la igualdad tiene que materializarse entre otras cosas, en la creación de escenarios que fomenten una paridad que viabilice la emancipación y la autorrealización de las personas y donde los principios de solidaridad y fraternidad puedan prosperar y así surja la posibilidad de un mutuo reconocimiento; temas determinantes para la salud mental de las personas. (Plan Nacional de Desarrollo/ Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, 2013)

## CAPÍTULO III

### DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

#### MATERIALES Y MÉTODOS

##### Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo transversal descriptivo, teniendo en cuenta que se describe el comportamiento de variables relacionadas con la depresión, que están o no presentes antes de la aparición de la enfermedad, en un grupo de individuos afectados, en un periodo de tiempo dado, sin realizar seguimiento.

**Universo:** Todos los pacientes con diagnóstico de depresión ingresados en el hospital especializado de la ciudad de Guayaquil en el periodo de mayo a septiembre de 2017.

**Muestra:** Se realizó un muestreo no probabilístico intencional a discreción del investigador, para la selección de los pacientes teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión definidos para el estudio. La muestra quedó conformada por 30 pacientes.

##### Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- ♦ Paciente adulto con diagnóstico de depresión que acepte participar del estudio y firme el modelo de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- ♦ Paciente con diagnóstico de depresión que presente un cuadro psicótico que lo incapacite para dar su consentimiento y participar de la entrevista.
- ♦ Paciente que acepte participar en el estudio y decida retirarse del mismo una vez iniciada la entrevista.

### **Técnicas para recolección de datos**

Observación indirecta: La información referida al diagnóstico clínico del paciente (tipo de depresión, número de ingresos y recurrencia de episodios) fue recogida a partir de la Historia Clínica del mismo, con previa autorización del equipo de salud. Los datos fueron recogidos en un instrumento diseñado para este propósito (Anexo 1).

Observación directa: Luego del proceso de consentimiento informado y la firma del modelo correspondiente (Anexo 2), se realizó una entrevista estandarizada en modo de preguntas a cada uno de los pacientes. La información fue recogida en un instrumento diseñado para este estudio (Anexo 3).

### **Aspectos éticos de la investigación**

Para la realización de esta investigación se contó con la aprobación de la dirección de la Institución hospitalaria (Anexo 4). En este estudio se tuvieron en cuenta los principios de la declaración de Helsinki para la investigación en humanos (*World Medical Association*, 2013). La colecta de información y la entrevista a los pacientes se realizó previo proceso de consentimiento informado. Se respetó la confidencialidad de la información de los pacientes, dado que los datos personales fueron protegidos con el uso de claves para su identificación y no serán revelados a terceros. Los resultados que se derivan de este estudio solo serán utilizados con fines científicos.

### **Procedimientos para el análisis de datos**

Los datos recogidos fueron tabulados en una base de datos en Excel diseñada para el efecto. Para el análisis e interpretación de estos se emplearon estadígrafos descriptivos: proporciones y porcentajes.

Para la presentación de los resultados se emplearon tablas de frecuencias y gráficos.

## Variables

Dependiente: Depresión

Independientes: Sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad, procedencia, etnia, factores psicológicos relacionados con la depresión, factores sociales relacionados con la depresión, tipo de depresión.

### Definición operacional de las variables

Variables	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
Sociodemográficas	Características sociodemográficas de la población del estudio, en cuanto a edad, sexo, nivel de escolaridad, procedencia y etnia	Sexo	Características biológicas sexuales	Hombre  Mujer
		Edad	Edad en años cumplidos	14-18 años  19-35 años  36- 64 años  Mayor de 65 años
		Estado civil	Condición civil a la cual está sujeta la vida de cada persona entrevistada	Casado  Soltero  Viudo  Divorciado  Unión libre
		Escolaridad	Años de estudios realizados	Primaria incompleta Primaria completa  Secundaria incompleta Secundaria

				completa Bachillerato incompleto Bachillerato completo Universidad incompleta Universidad completa
		Procedencia	Lugar en que habita el paciente según la división geográfica del país	Urbano  Rural
		Etnia	Pueblo o comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales	Indígena Afro-descendiente Mestizo Montubio Blanco
Factores psicosociales	Condiciones que se encuentran presentes en el entorno familiar, social o laboral del individuo con diagnóstico de depresión y que pueden afectar tanto al bienestar o la salud física, psíquica o social del mismo	Trauma o maltrato sufrido durante la infancia	Trauma en la infancia  Maltrato psicológico  Maltrato físico  Maltrato sexual	Presencia o ausencia
		Duelo	Pérdida de un familiar	Menos de seis meses
			Migración de un familiar	Más de seis meses
			Grado de parentesco con el familiar por el que se está en duelo  Percepción de	Primer grado de parentesco  Segundo grado de parentesco

			la relación del duelo con el estado actual de salud	<p>Relaciona el evento con el estado actual de salud</p> <p>No relaciona el evento con el estado actual de salud.</p>
			Divorcio	<p>Menos de seis meses.</p> <p>Más de seis meses.</p> <p>Relaciona el divorcio con el estado actual de salud.</p>
			Falta de ayuda para cuidar de su persona cuando lo necesita	<p>Percepción de abandono.</p> <p>Sin percepción de abandono</p>
			Pérdidas debidas a una catástrofe natural o accidente	<p>Afectado por pérdidas</p> <p>No afectado por pérdidas</p> <p>Relaciona el evento con el estado actual de salud</p> <p>No relaciona el evento con el estado actual de salud</p>
			Situación laboral	<p>Relación de dependencia</p> <p>Desempleado</p> <p>Relaciona su situación laboral con el</p>

				estado actual de salud No relaciona su con el estado actual de salud.
		Consumo de sustancias	Alcohol	Si - No Con percepción de problemas con el alcohol Sin percepción de problemas con el alcohol
			Tabaco	Si - No Con percepción de problemas con el tabaco. Sin percepción de problemas con el tabaco
			Drogas: cocaína marihuana heroína éxtasis anfetaminas otra (s)	Si - No Con percepción de problemas por consumo de drogas. Sin percepción de problemas por consumo de drogas.
Trastorno depresivo	Presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo.	Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (F34.8)	Accesos de cólera frecuente y estado de ánimo irritable persistente o de enfado crónico.	Si No
		Depresión mayor: Grave con episodio único (F32.2) Grave con episodio	Presencia de cinco (o más) de los síntomas descritos en el DSM-V durante	

		<p>recurrente (F33.2)</p> <p>Con características psicóticas con episodio único (F32.3)</p> <p>Con características psicóticas con episodio recurrente (F33.3)</p> <p>En remisión parcial con episodio único (F32.4)</p> <p>En remisión parcial con episodio recurrente (F33.41)</p>	<p>dos semanas: estado de ánimo triste, irritabilidad, desinterés, pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, pensamiento de muerte, delirios y/o alucinaciones, otros.</p>	<p>Si</p> <p>No</p>
		<p>Trastorno depresivo persistente (distimia) (F34.1)</p>	<p>Ánimo deprimido durante la mayor parte del día</p> <p>Poco apetito o aumentado</p> <p>Poca energía/fatiga</p> <p>Insomnio/ Hipersomnia.</p> <p>Desesperanza</p> <p>Baja autoestima</p>	<p>Si</p> <p>No</p>
		<p>Trastorno disfórico premenstrual (N94.3)</p>	<p>Presencia de al menos cinco síntomas descritos en el DSM-V:</p> <p>Labilidad</p> <p>Irritabilidad</p> <p>Desesperanza</p> <p>Ansiedad</p> <p>Tensión</p>	<p>Si</p> <p>No</p>
		<p>Trastorno depresivo</p>	<p>Ánimo deprimido.</p>	<p>Si</p>

		<p>inducido por una sustancia/medicamento.</p>	<p>Desinterés por todas o casi todas las actividades.</p> <p>Deterioro social, laboral u otras áreas.</p>	<p>No</p>
		<p>Trastorno depresivo debido a otra afección médica</p>	<p>Estado de ánimo deprimido</p> <p>Desinterés en las actividades.</p> <p>Evidencias en Historia clínica (exploración física o los análisis de laboratorio)</p>	<p>Si</p> <p>No</p>
		<p>Otro trastorno depresivo especificado (F32.8)</p>	<p>Predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo.</p> <p>Malestar Deterioro social</p> <p>Deterioro laboral labor u otras áreas.</p> <p>No cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica.</p>	<p>Si</p> <p>No</p>

## PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

### Caracterización demográfica de los pacientes

#### Edad y sexo

La tabla 1 presenta la distribución de los pacientes por sexo y edad.

Tabla 1. Edad de los pacientes según el sexo

Rango de edad (años)	Hombres N=13		Mujeres N=17	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
14-17	1	7,1	2	11,8
18-35	5	35,7	3	17,6
36-64	6	43	11	64,7
Mayor a 65	1	7,1	1	5,9

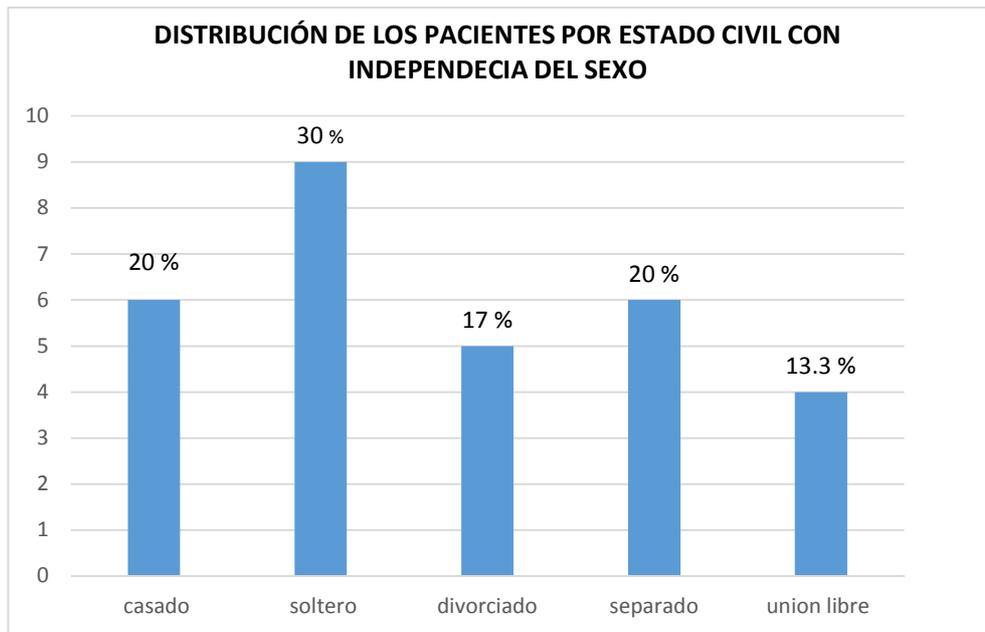
Fuente: Base de datos del estudio  
Elaborado por: Verónica Morales, 2017

De los 30 pacientes con diagnóstico clínico de depresión que participaron del estudio 17 fueron mujeres y 13 hombres, lo que representa un 56,6 % y 43,3 % respectivamente. En ambos sexos el mayor número de pacientes se encontraba en edades comprendidas entre 36 y 64 años, rango de edad donde los individuos son considerados por la OMS como adultos maduros. El menor número de pacientes, para ambos sexos, se encontraba en edades de adolescencia o por encima de los 65 años. Al considerar la sumatoria de los pacientes adultos jóvenes y maduros, se observó un mayor porcentaje de afectados de sexo femenino en estas edades.

El DSM-V plantea que la prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta.

## Estado civil

Gráfico 1. Estado civil de los pacientes del estudio con independencia del sexo



Fuente: Base de datos del estudio  
Elaborado por: Verónica Morales, 2017

El mayor número de pacientes del estudio (20/30) reportó encontrarse sin pareja (estado civil soltero, divorciado o separado), lo que representa el 66,7 %; solo 10 entraron en la categoría de casados o de convivencia bajo unión libre (33,3 %). El número de pacientes según cada estado civil se presenta en el gráfico 1. El estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión durante la etapa adulta.

Tabla 2. Estado civil de los pacientes que viven sin pareja según el sexo

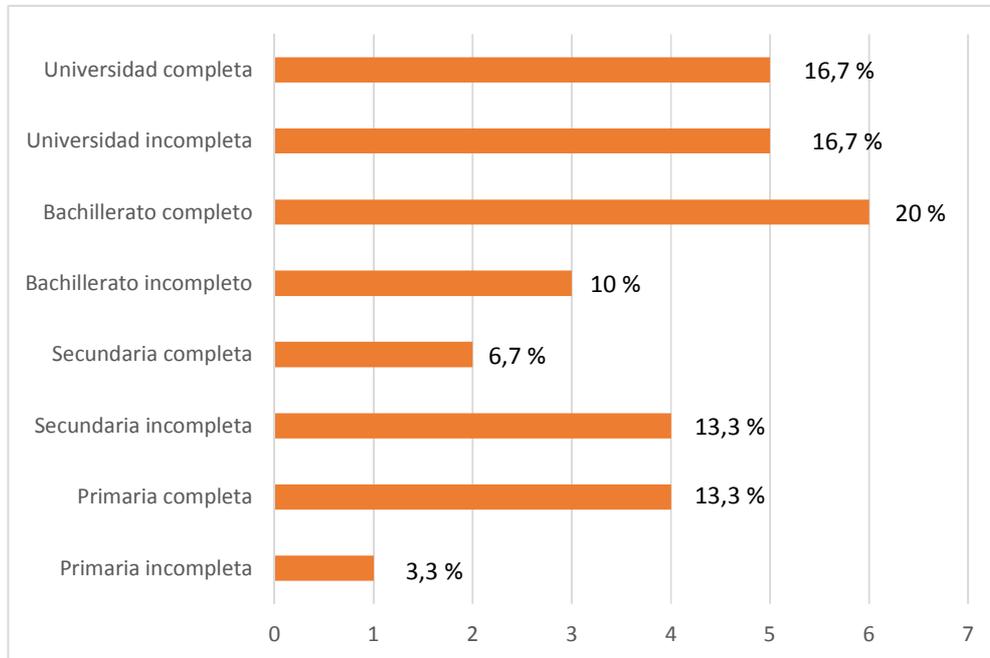
Estado civil	Hombres		Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	3	30	6	60
Divorciado	2	20	3	30
Separado	5	50	1	10
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos del estudio  
Elaborado por: Verónica Morales, 2017

Como puede observarse en la tabla 2, el número de pacientes que viven sin parejas, por estar solteros, divorciados o separados, es el mismo tanto en hombres como en mujeres, por lo que esta condición no guarda relación con la mayor tendencia a la depresión en mujeres, encontrada en este estudio.

## Nivel de escolaridad:

Gráfico. 2. Nivel de escolaridad de los pacientes

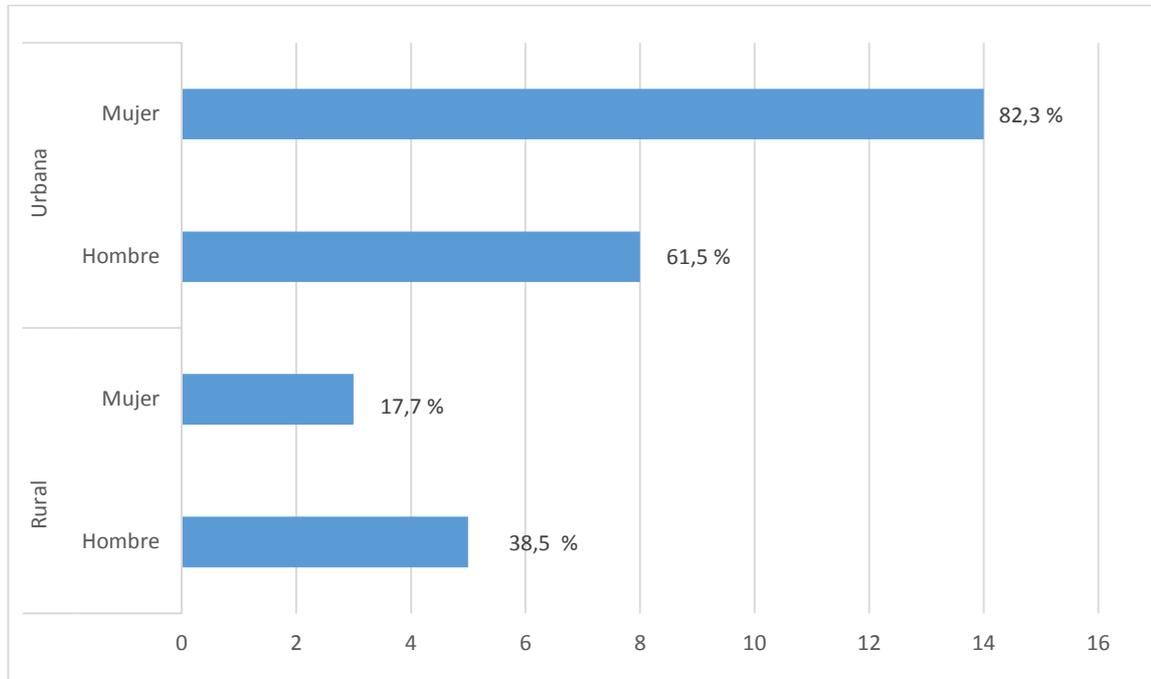


Fuente: Base de datos del estudio  
Elaborado por: Verónica Morales, 2017

El nivel de escolaridad de los pacientes se presenta en el gráfico 2. De los 30 individuos del estudio, 16 (53,3 %) tienen bachillerato terminado, de estos, cinco completaron la Universidad. El resto de los pacientes, que suman 14 y representan el 46,6 %, tienen un nivel de escolaridad por debajo del bachillerato terminado. La literatura reporta que un bajo nivel de escolaridad en individuos adultos es un importante factor de riesgo para la depresión (Huang Chang-Guan, *et. al*, 2010). En el estudio no se aprecia una relación de esta variable con la enfermedad lo que pudiera deberse al bajo número de pacientes encuestados.

## Lugar de procedencia

Gráfico 3. Lugar de procedencia de los pacientes con depresión según sexo.



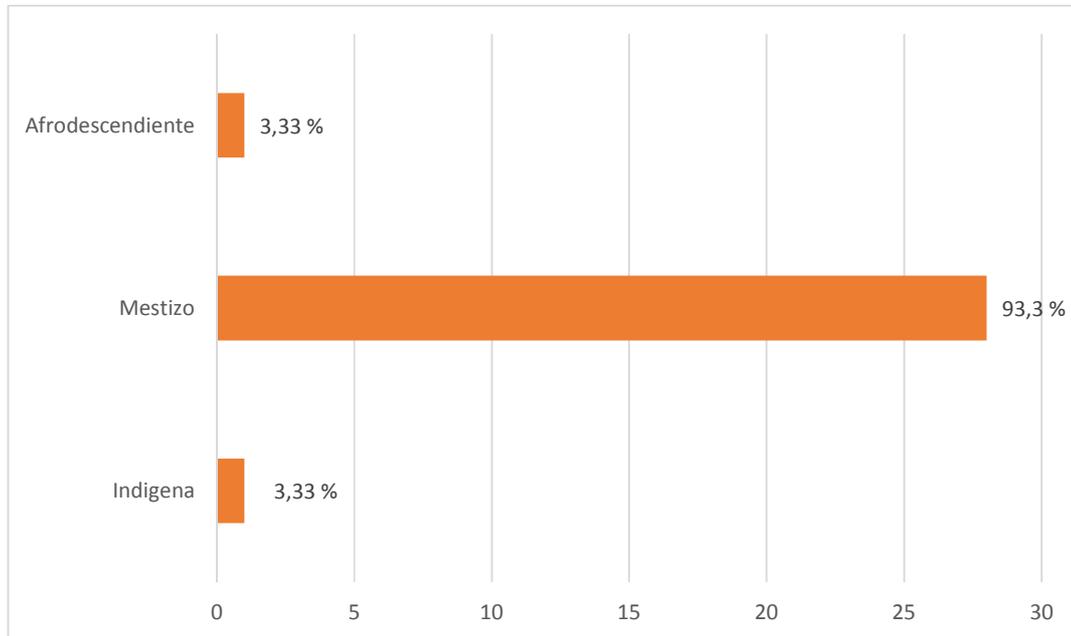
Fuente: Base de datos del estudio  
Elaborado por: Verónica Morales, 2017

Otra variable analizada en este estudio, como posible factor de riesgo para la depresión, fue el lugar de residencia. De los pacientes encuestados, 22 proceden de zonas urbanas y solo 8 de zonas rurales, lo que representa el 73,33 % y 26,6 % respectivamente. El mayor número de mujeres con depresión (14/17) reside en zonas urbanas, comportamiento similar, aunque menos marcado se observó en los hombres (8/13). (Gráfico 3).

Este resultado sugiere que en nuestras condiciones este puede ser un factor de riesgo a considerar en la enfermedad. En la literatura se plantea que los problemas sociales y los factores estresantes son más prevalente en las zonas urbanas, lo que condiciona una mayor prevalencia de trastornos mentales.

## Procedencia étnica

Gráfico.4. Procedencia étnica de los pacientes



Fuente: Base de datos del estudio  
Elaborado por: Verónica Morales, 2017

Al analizar la procedencia étnica de los pacientes se observó que 28/30 (93,3%) son mestizos, denominación que en el país se refiere a la mezcla entre indígenas y españoles. (Gráfico 4)

Atendiendo al número de pacientes del estudio, este resultado no permite interpretar la asociación del origen étnico con la enfermedad. Aun así, los resultados fueron los esperados, teniendo en cuenta los siguientes aspectos. En primer lugar, aun cuando se plantea que en la ciudad de Guayaquil se ubica la mayor población afrodescendiente del país (Diario El Telégrafo, 2015), esta se concentra en barrios con población de escasos recursos (observación del autor), por lo que cabe esperar que el nivel de acceso a servicios de salud no gratuitos sea baja. Por otra parte, según datos del INEC, en la población de la provincia del Guayas solo se identifican como afrodescendientes el 9,7 %; la mayor parte de la población (67,5 %) se identifica como mestiza. (INEC, 2010).

## Factores de riesgo psicosociales

Tabla 3. Factores de riesgo psicosociales presentes en los pacientes

Factores de riesgo psicosociales	Hombres N°13		Mujeres N° 17		Total N° 30	
	No.	(%)*	No.	(%)*	No.	(%)
<b>Pérdida de un familiar</b>	<b>6</b>	<b>46</b>	<b>9</b>	<b>53</b>	<b>15</b>	<b>50</b>
Pérdida del conyugue	1	7,6	1	5,8	2	6,6
<b>Divorcio</b>	<b>7</b>	<b>53,8</b>	<b>5</b>	<b>29</b>	<b>12</b>	<b>40</b>
<b>Falta de ayuda para cuidar de su persona</b>	<b>9</b>	<b>69,2</b>	<b>12</b>	<b>71</b>	<b>21</b>	<b>70</b>
Vivir solo	2	15,3	0	0	2	6,6
Pérdidas materiales	2	15,3	7	41,1	9	30
<b>Desempleo</b>	<b>11</b>	<b>84,6</b>	<b>15</b>	<b>88</b>	<b>26</b>	<b>86,6</b>
Consumo de alcohol	4	30,7	0	0	4	13,3
Consumo de tabaco	5	38,4	0	0	5	16,6
Consumo de drogas	5	38,4	0	0	5	16,6
<b>Trauma o maltrato en etapa infantil</b>	<b>7</b>	<b>53,8</b>	<b>12</b>	<b>71</b>	<b>19</b>	<b>63,3</b>

Fuente: Base de datos del estudio  
Elaborado por: Verónica Morales, 2017

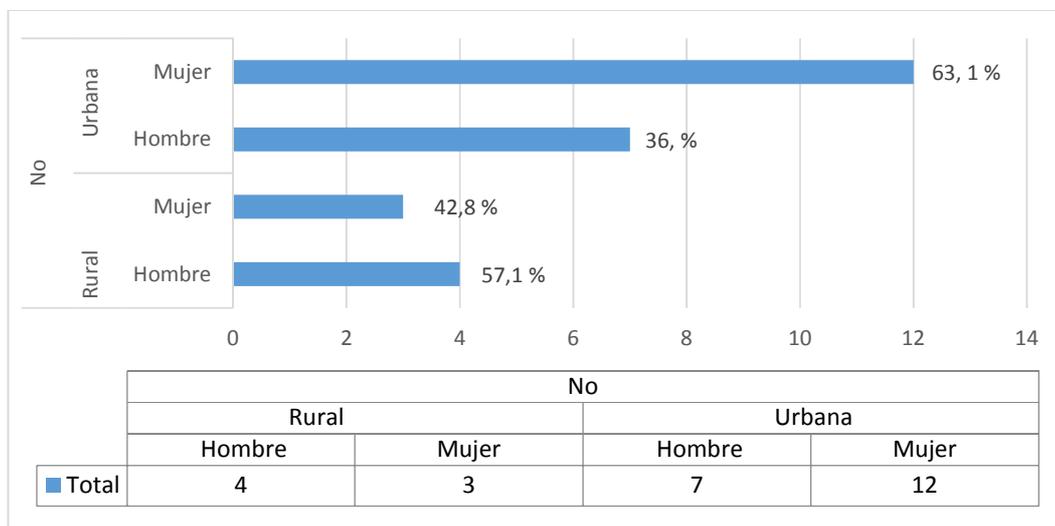
La tabla 3, resume los factores de riesgo psicosociales evaluados en los pacientes que participaron del estudio, según el sexo de los mismos. La situación de desempleo, la falta de ayuda para cuidar de su persona, el haber sufrido trauma o maltrato en etapa infantil, pérdida de un familiar y el divorcio, fueron los encontrados en mayor porcentaje, tanto en mujeres como en hombres.

Los estudios realizados en relación con los orígenes de la depresión han demostrado que esta enfermedad es multicausal, y que en su aparición intervienen factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales.

La historia de abuso en la infancia, ya sea por maltrato psicológico, físico o sexual, ocupó el tercer mayor porcentaje de factores relacionados con la depresión en el estudio, estuvo presente en el 63,3 % de los pacientes. El mayor porcentaje se registró en mujeres, donde el 70 % refirió haber sufrido algún tipo de abuso en esa etapa de la vida (Tabla 3).

La historia de abuso durante la infancia o la adolescencia se ha asociado con una mayor incidencia de los trastornos del estado de ánimo (Finzi *et al.*, 2001; Widom, DuMont, Czaja, 2007) y otros trastornos psiquiátricos, particularmente en mujeres (Molnar *et al.*, 2001)

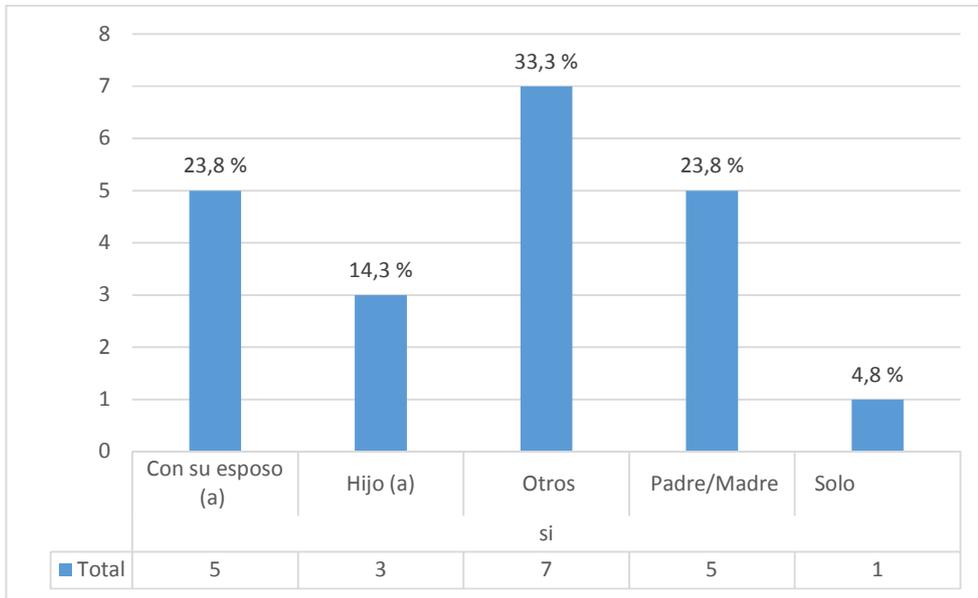
Gráfico 5. Desempleo de los pacientes de cada sexo según lugar de procedencia



Fuente: Base de datos del estudio  
Elaborado por: Verónica Morales, 2017

Al analizar el desempleo como factor social relacionado con la depresión de estos pacientes, se observó que de las 26 personas que se encontraban sin trabajo, 19 eran de procedencia urbana y 7 de procedencia rural, para un 73,1 % y 26,9 % respectivamente. La mayor parte de los afectados en la zona urbana fueron mujeres (12/19) lo que representa el 63,1 % de los individuos con esta procedencia. (Gráfico 5)

Gráfico 6. Convivencia en los pacientes con falta de ayuda para cuidar de su persona

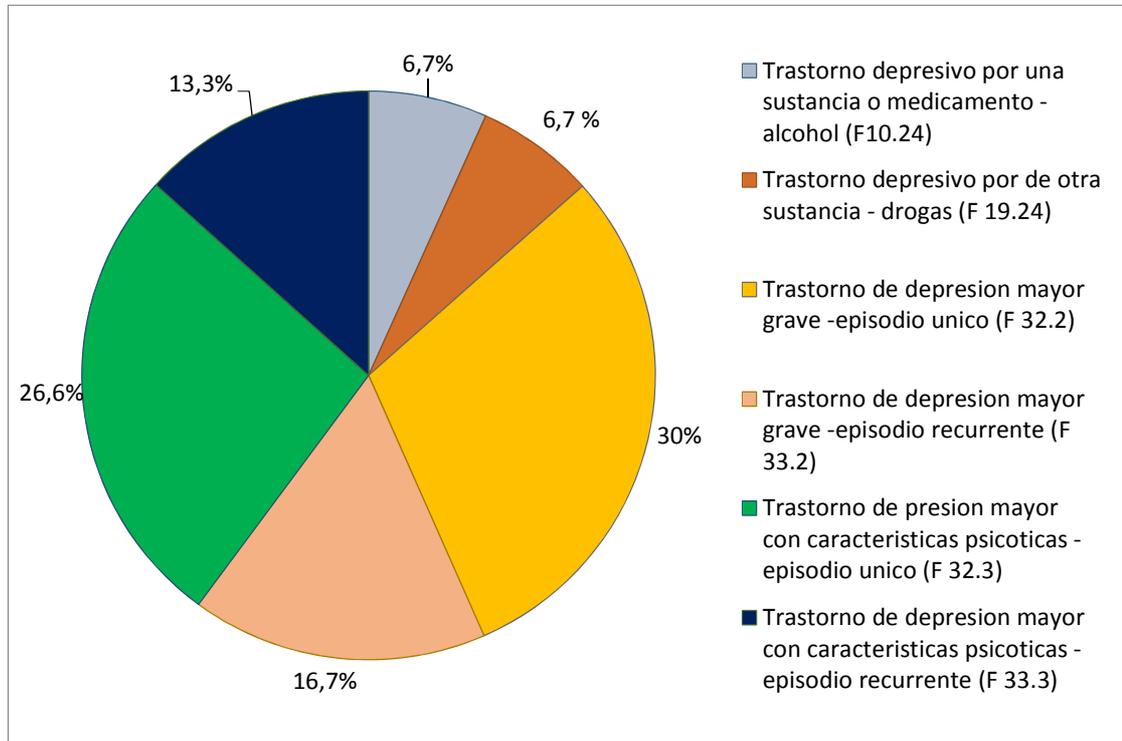


Fuente: Base de datos del estudio  
Elaborado por: Verónica Morales, 2017

Llama la atención que de los 21 pacientes que refieren falta de ayuda para cuidar de su persona, solo uno vive sin acompañante. Es decir que 20/21 (95,2 %) no siente apoyo de los familiares con los que conviven para cuidar de su persona. Este aspecto fue explorado en el estudio con preguntas estructuradas relacionadas con la atención de sus familiares respecto a la alimentación y ayuda económica, por lo que pudiera estar indicando una desorganización en el seno familiar. (Gráfico 6)

## Tipos de depresión

Gráfico 7. Distribución de pacientes según diagnóstico clínico de la depresión



Fuente: Historia clínica de los pacientes  
Elaborado por: Verónica Morales, 2017

Como se observa en el gráfico 7 el mayor número de pacientes encuestados tuvo diagnóstico de trastorno de depresión mayor (26/30), lo que representa el 86,6 %. Atendiendo a los especificadores de gravedad y curso del trastorno, descritos en el DSM-V, los mayores porcentajes correspondieron al trastorno de depresión mayor grave con episodio único (F 32.2), con un 30 % (9/30) y al trastorno de depresión mayor con características psicóticas (episodio único) F 32.3, que representó el 26,6 % (8/30).

## CONCLUSIONES

1. Los factores demográficos de mayor impacto en la depresión de los pacientes estudiados fueron ser mujer, ser de procedencia urbana y encontrarse sin pareja estable (estado civil soltero, divorciado o separado).
2. Los factores de riesgo sociales y psicológicos identificados en este estudio concuerdan con lo reportado en varios estudios sobre factores sociales estresantes como el desempleo, problemas de convivencia, divorcio, pérdida de familiares e historia de abuso o violencia en la infancia.
3. El mayor número de pacientes entrevistados ha sido diagnosticado con trastorno de depresión mayor y su aparición es en la etapa adulta madura entre los 34 y 64 años lo cual se corrobora con los resultados obtenidos.

## **RECOMENDACIONES**

1. Proponer un estudio a nivel poblacional que permita identificar la incidencia y prevalencia de los trastornos depresivos en la población general.
2. Plantear un estudio de casos y controles epidemiológicos para determinar la fuerza de asociación de los factores de riesgo identificados en este estudio en pacientes con trastornos de depresión, con vista a contribuir al conocimiento de la enfermedad.

## REFERENCIAS

- Aldana Olarte, R. A., Pedraza Marín, J. A. (2012). Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demográfica y salud 2010. Tesis. Universidad del Rosario, Colombia. Recuperado de: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3002/93206082-2012.pdf;jsessionid=B2FA1B167FD9A2589B0C5B2A7F719123?sequence=3>
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV) (4ª edición). Washington, DC.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5®), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Caspi, A., Hariri, A. R., Holmes, A., Uher, R. y Moffitt, T. E. (2010). Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *American Journal of Psychiatry*, 167, 509-527. doi: B300B285D519C934EB192E145997CA2BQKnzAySRvJOZcdfIziQ%3a3
- Comisión Mixta Atención Primaria-Salud Mental. Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Servicio Murciano de Salud (2007). Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos, 2007. Recuperado de: <https://consaludmental.or>

Diario EL TELÉGRAFO, 9 de agosto de 2015. Recuperado de:  
<http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/regional-norte/1/en-guayaquil-esta-la-mayor-poblacion-afro-de-todo-el-pais>

Finzi, R., Ram, A., Shnit, D., Har-Even, D., Tyano, S., & Weizman, A. (2001). Depressive symptoms and suicidality in physically abused children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 98-107.

Goodday, S. M., Shuldiner, J., Bondyand, S, Rhodes, A, D. (2017). Exposure to parental psychopathology and offspring's risk of suicide-related thoughts and behaviours: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Cambridge University Press 2017.  
doi:10.1017/S2045796017000397. Recuperado de:  
<https://www.cambridge.org/core/terms>.

GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators (2016). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, Oct 8;388(10053):1603-1658. Recuperado de:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361631460X>

Huang Chang-Quan (2010). Education and risk for late life depression: a meta-analysis of published literature. *Int'l. J. Psychiatry in Medicine*, Vol. 40(1) 109-124.

INEC (2010). Resultados del Censo de población y vivienda en el Ecuador 2010. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-ateral/Resultados-provinciales/guayas.pdf>

Karg, K., Burmesister, M., Shedden, K., y Sen, S. (2011). The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: evidence of genetic moderation. *Archive General of Psychiatry*, 68 (5), 444-454. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.189.

LeBoeuf, A. *et al.* (2017) Exploratory Study of the Clinical Characteristics of Adolescent Girls with a History of Physical or Sexual Abuse Consulting in a Mood Disorder Clinic. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 26:2.

Londoño, C. y González Rodríguez, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329. Recuperado de:  
<http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2016.19.2.13>

Modelo y Plan estratégico de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 30 de julio de 2014. Recuperado de:  
<http://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2015/01/Modelo-de-Atenci%C3%B3n-de-Salud-Mental-FINAL-julio-2014.pdf>

Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-760. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11344883>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). Depresión. *Nota descriptiva Febrero de 2017*. Recuperado de:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid, Meditor.

Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS (2017).

"Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Recuperado de :

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es)

Pan American Health Organization (2012). Salud en las Américas. [edición 2012] Informe oficial de la Oficina Sanitaria Panamericana a la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana sobre la situación de la salud, sus determinantes y tendencias en la Región de las Américas durante el período 2006-2010. Recuperado de: [http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=40:ecuador&Itemid=149&lang=es#ref24](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=40:ecuador&Itemid=149&lang=es#ref24)

Peen, J., Schoevers, R.A, A. T. Beekman, A. T., Dekker, J. (2010). The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand.*121: 84–93.

Philip D. St. John, (2009). Does a rural residence predict the development of depressive symptoms in older adults? Can J Rural Med, 14 (4). <http://www.cma.ca/does%20a%20rural%20residence%20predict%20the%2>

Development of depressive symptoms in older adults

Plan Nacional de Desarrollo/ Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 (2013). Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo-Senplades, 2013. Quito. Recuperado de: [www.buenvivir.gob.ec](http://www.buenvivir.gob.ec)

Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (1999). Trastornos del humor. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Townsend M.C. (2011). Trastornos del estado de ánimo. En: Romero G.A, editor. Fundamentos de Enfermería en Psiquiatría. Cuarta edición. México; Mc Graw Hill. p. 332 – 352.

Widom, C. S., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 49-56.

World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20):2191-4.

## ANEXOS



CÓDIGO \_\_\_\_\_

### Anexo 1

#### INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS DE LA HC

Proyecto de Investigación: Factores psicosociales asociados a los trastornos depresivos en pacientes ingresados en un hospital de especialidades de la Ciudad de Guayaquil.

##### DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

##### DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE RELACIONADOS CON LA DEPRESIÓN

Episodio único ( )      Episodio recurrente ( )

Fecha de ingreso del paciente \_\_\_\_\_ Tiempo en meses \_\_\_\_\_

Edad del paciente en el momento del diagnóstico: \_\_\_\_ años

##### III Tipo de depresión

- a) F 34.8 Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo ( )
- b) F32.2 Trastorno de depresión mayor grave – episodio único ( )
- c) F 32.3 Trastorno de depresión mayor con características psicóticas – episodio único ( )
- d) F 33.2 Trastorno de depresión mayor grave - episodio recurrente ( )
- e) F33.3 Trastorno de depresión mayor con características psicóticas – episodio recurrente ( )

- f) F 34.1 Trastorno depresivo persistente (distimia) ( )  
Inicio temprano (inicio antes de los 21 años): ( )  
Inicio tardío (inicio a partir de los 21 años): ( )
- g) N 94.3 Trastorno disfórico premenstrual ( )
- h) F10.24 Trastorno depresivo moderado/grave, inducido por una sustancia/medicamento (Alcohol)
- i) F19.24 Trastorno depresivo moderado/grave, inducido por una sustancia/medicamento (Otra sustancia o sustancia desconocida)
- j) Trastorno depresivo debido a otra afección médica ( )  
Enfermedad \_\_\_\_\_
- k) F32.8 Otro trastorno depresivo especificado ( )
- l) F32.9 Otro trastorno depresivo no especificado ( )

Fecha de recogida de datos: _____
Nombre del investigador: _____
Firma: _____



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

## Anexo 2

Código \_\_\_\_\_

### Hoja de consentimiento informado

Proyecto de investigación: Factores psicosociales asociados a los trastornos depresivos en pacientes ingresados en un hospital especializado de la Ciudad de Guayaquil.

Yo, \_\_\_\_\_  
con cédula de identidad \_\_\_\_\_ en fecha \_\_\_\_\_,  
confirmando que el entrevistador, estudiante de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, me ha dado información oral sobre el propósito de la recolección de datos en el presente estudio, que se realizará a través de la entrevista, la cual tendrá un tiempo de duración aproximado de 10 min, todo lo tratado será confidencial y no me ha sido solicitado ningún valor económico.

Entiendo que mi participación en esta investigación es voluntaria y he comprendido los fines de la misma.

Doy mi consentimiento para que mis respuestas sean utilizadas con fines académicos.

Firma: \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### Anexo 3

#### Instrumento de recolección de datos CUESTIONARIO

CÓDIGO \_\_\_\_\_

Proyecto de investigación: Factores psicosociales asociados a los trastornos depresivos en pacientes ingresados en un hospital especializado de la Ciudad de Guayaquil.

#### I DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

1. **Sexo:** a) Hombre  b) Mujer
2. **Edad:** a) 14-17 años  18-35 años  b) 36-64 años  c) Mayor de 65 años
3. **Lugar de residencia:**  
a) Urbana  b) Rural
4. **Estado civil**  
a) Soltero  b) Casado  c) Unión libre  d) Viudo  e) Divorciado
5. **Etnia:** Indígena  Afrodescendiente  Montubio  Mestizo  Blanco
6. **Escolaridad**
- |   |  |
|---|--|
| a) Primaria incompleta <input type="checkbox"/>     | b) Primaria terminada <input type="checkbox"/>     |
| c) Secundaria incompleta <input type="checkbox"/>   | d) Secundaria terminada <input type="checkbox"/>   |
| e) Bachillerato incompleto <input type="checkbox"/> | f) Bachillerato terminado <input type="checkbox"/> |
| g) Universidad incompleta <input type="checkbox"/>  | h) Universidad terminada <input type="checkbox"/>  |

## II FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN

### 7. ¿Ha sufrido recientemente pérdidas?

**Divorcio:** si  no

a) Menos de 6 meses

b) Más de 6 meses

c) Sin datos

Lo considera asociado a su estado de salud actual: si  no  sin datos

**Muerte de algún familiar:** si  no

a) Menos de 6 meses

b) Más de 6 mes  Sin datos

Parentesto

a) Primer Grado: madre  padre  hijos  cónyuges

b) Segundo grado: hermanos  abuelos  nietos  tíos

c) Sin datos

Lo considera asociado a su estado de salud actual: si  no  sin datos

**Migración de algún familiar:** si  no

a) Menos de 6 meses

b) Más de 6 mes  Sin datos

Parentesco

a) Primer Grado: madre  padre  hijos  cónyuges

b) Segundo grado: hermanos  abuelos  nietos  tíos

c) Sin datos

Lo considera asociado a su estado de salud actual: si  no  sin datos

**Perdida de trabajo:** si  no

Lo considera asociado a su estado de salud actual: si  no  sin datos

**Pérdidas materiales:** si  no

Lo considera asociado a su estado de salud actual: si  no  sin datos

### 8. ¿Con quién o quienes vive usted?

a) Solo  b) Con su esposo (a)  c) Hijo (a)  Padre  Madre

d) Otros

9. **¿Considera usted que le falta ayuda para cuidar de su persona cuando lo necesita?**

a) Sí

b) No

10. **¿Consume usted alcohol?**

a) Sí  b) No  c) No responde

11. **¿Usted fuma?**

a) Sí  b) No

13. **¿Consume usted drogas?** a) Sí  b) No  No responde

14. **¿Qué drogas consume?**

a) cocaína  b) marihuana  c) heroína  d) éxtasis  e) anfetaminas   
f) otra (s)  dos o más  ninguna

15. **¿Durante su infancia sufrió usted algún tipo de maltrato?**

a) Sí  b) No  No responde

17. **¿De qué tipo?**

a) Físico  b) Sexual  c) Psicológico  d) Físico/Psicológico

e) Sexual/Psicológico f) Físico/Sexual/ Psicológico g) Ninguno

¿Recibió atención psicológica?

a) Sí  b) No  c) Sin datos

b) ¿Considera usted que ha superado esta situación?

a) Sí  b) No  c) Sin datos

Fecha de recogida de datos: \_\_\_\_\_

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

SE ANEXA CONSENTIMIENTO INFOR

## Anexo 4

### Autorización de la Institución donde se realizó el estudio

8400.  
31-Mayo-17.



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

DRA. PAOLA ESCOBAR  
COORDINADORA DE  
INVESTIGACIÓN

#### Carrera de Enfermería

CONTINUAR  
PROCESO

Guayaquil, 29 de Mayo del 2017

Doctor

Carlos Orellana Román

Director técnico del Instituto de Neurociencias de la Ciudad de Guayaquil

En su despacho.-

De mis consideraciones:

Yo Verónica Elizabeth Morales Méndez con CI: 0919377390 Alumna de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Concedora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere; me permito solicitar a Usted, la respectiva autorización para realizar el trabajo de titulación con el tema "Factores psicosociales asociados a los trastornos depresivos en pacientes ingresados en el Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil" durante el Periodo de Mayo a Septiembre 2017, en la institución que Usted dirige.

En el proceso de elaboración y Recolección de datos (Encuesta/Observación) del presente estudio; se guardará en todo momento la privacidad necesaria para salvaguardar la identidad de los sujetos estudiados, exceptuando lo de los alumnos investigadores.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Atentamente,

*Verónica Morales*

Verónica Elizabeth Morales Méndez

CI: 0919377390

Correo: veronicamorales82@yahoo.it

Fecha de entrega: 29 de Mayo del 2017

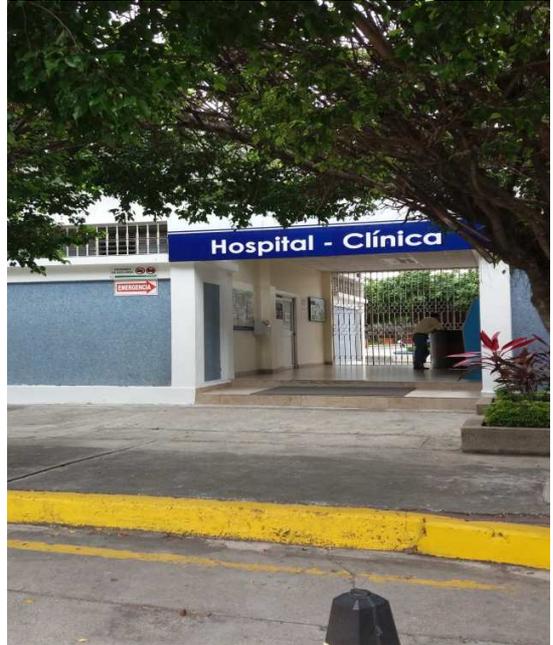
29-05-2017 (10h00)  
Dra. Alvear

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS  
Dra. Carlos Orellana Román  
DIRECTOR TÉCNICO

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS  
May 29/05/17 10:45  
DOCENCIA - INVESTIGACIÓN

## Anexos 5

Imágenes de visitas a la institución para la recolección de datos





**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Morales Méndez, Verónica Elizabeth**, con C.C: # **0919377390** autora del trabajo de titulación: “Factores psicosociales asociados a los trastornos depresivos en pacientes ingresados en un hospital de especialidad de la Ciudad de Guayaquil”, previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería 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, 28 de agosto del 2017

f. \_\_\_\_\_  
Morales Méndez Verónica Elizabeth  
C.I. 0919377390



**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**  
**FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	"Factores psicosociales asociados a los trastornos depresivos en pacientes ingresados en un hospital especializado de la Ciudad de Guayaquil"		
<b>AUTORA:</b>	Morales Méndez Verónica Elizabeth		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES):</b>	Dra. Cevallos Reyna Eva Hortencia / Mgs. González Osorio Cristina Virmania		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias Médicas		
<b>CARRERA:</b>	Enfermería		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Licenciado en enfermería		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	28 de agosto del 2017	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	70
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Atención Primaria		
<b>PALABRAS CLAVE/ KEYWORDS:</b>	Depresión, factores demográficos, factores sociales, factores psicológicos.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>			
<p><b>Introducción:</b> Según la OMS: "La depresión es considerada la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo" (OMS, 2017). Es una enfermedad compleja donde se involucran factores genéticos y ambientales dentro de los cuales se incluyen factores psicosociales que pueden variar entre poblaciones atendiendo a circunstancias culturales y sociales. <b>Objetivos:</b> Identificar los factores psicosociales asociados a los trastornos depresivos en pacientes ingresados en un hospital especializado de la ciudad de Guayaquil. <b>Metodología:</b> Se realizó un estudio de tipo transversal descriptivo. Se utilizó la observación indirecta para la recogida de información referida al diagnóstico clínico del paciente. Se realizó una entrevista estandarizada a cada uno de los pacientes, previo consentimiento informado. La información fue recogida en un instrumento diseñado para este estudio. <b>Resultados:</b> Se encontró que los factores demográficos de mayor impacto en la depresión de los pacientes estudiados fueron ser mujer, con el 56,6 %, de procedencia urbana y encontrarse sin una relación de pareja estable. Los factores de riesgo sociales y psicológicos identificados concordaron con lo reportado en la literatura para agentes estresantes como el desempleo, problemas de convivencia, divorcio, pérdida de familiares e historia de abuso en la infancia con un 53,8 % en hombres y un 63,3 % en mujeres. El 86,6 % padecía de trastorno de depresión mayor. <b>Conclusiones:</b> Los resultados de este estudio contribuyen a la comprensión de la problemática de depresión en el país y pueden ser considerados en estrategias de prevención y educación para la salud, en las familias y grupos vulnerables en nuestra población.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTORA</b>	<b>Teléfono:</b> +593-4-0919377390	<b>E-mail:</b> veronicamorales82@yahoo.it	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Mg Martha Holguín Jiménez		
	<b>Teléfono:</b> +593-9-93142597		
	<b>E-mail:</b> martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		

**SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA**

<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>	
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	