



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

FACULTAD DE MEDICINA

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de médico

**Prevalencia de los trastornos depresivos y factores asociados en
los habitantes de las parroquias rurales del cantón Cuenca, 2018**

Autora: Gabriela Verónica Barba Rodríguez

Directora: PHD. Yolanda Dávila

Asesor metodológico: Dr. Fray Martínez

Cuenca 2021

Índice

1. Resumen	1
2. Abstract.....	2
3. Introducción	3
4. Materiales y métodos.....	7
5. Resultados.....	8
6. Discusión	11
6.1 Ventajas y desventajas	14
7. Conclusión.....	14
8. Agradecimiento.....	15
9. Referencias.....	15
10. Anexos	21

1. Resumen

Los trastornos depresivos causan un gran impacto social, el enfermo presenta: agresividad, frustración y sensibilidad al rechazo; ocasionando gasto social a largo plazo, incluso suicidio. Los recursos en América Latina son insuficientes, produciendo una brecha en el acceso a un tratamiento. Los tipos de depresión tratados en la investigación son: Depresión Mayor, Distimia y Depresión mayor recidivante. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de “Depresión mayor, distimia y depresión recidivante” en las parroquias “El Valle, Tarqui y Checa” del cantón Cuenca. **Materiales y Métodos:** Fue un estudio transversal–descriptivo, los datos se obtuvieron a través de una entrevista semi-estructurada, cuestionario sociodemográfico y el test MINI a una muestra aleatoria, se identificó a quienes presenten/presentado un trastorno depresivo y su asociación con factores de riesgo. **Población y muestra:** El universo fue 199.506 habitantes, de las parroquias “El Valle, Tarqui y Checa”. La muestra fue de 882 individuos. **Resultados:** La prevalencia de trastornos depresivos fue: (22%), de los cuales (76,9%) depresión mayor, (8,2%) distimia y (40%) recidivante, de ésta el (14,7%) exclusivamente recidivante. Los factores de riesgo fueron: mujer $p=0,00$; $OR=1,75(1,28-2,39)$, no remuneración laboral $p=0,00$; $OR=1,92(1,41-2,61)$, disfunción familiar $p=0,00$; $OR= 3,65(1,96-6,79)$, edad en hombres desde 50 años $p=0,00$; $OR=2,21(1,33-3,67)$, en mujeres desde 43 años $p=0,05$; $OR=1,47(1,01-2,16)$. Las comorbilidades fueron ansiedad $p=0,00$; $OR=5,17(3,66-7,30)$ y consumo de alcohol $p=0,15$; $OR=1,52(0,86-2,70)$

Palabras clave:

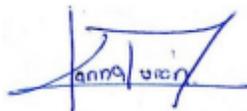
Depresión mayor, Distimia, Depresión recidivante, trastorno mental, prevalencia.

2. Abstract

Mental disorders have a big social impact. A person with these conditions can present aggressiveness, frustration and is sensitive to rejection. It causes long term social spending and suicide. The resources in Latin America are insufficient, making it hard to access a treatment. This investigation is focused on: major depression disorder, dysthymia and recurrent depression. Objective: Determine the prevalence of major depression disorder, dysthymia and recurrent depression in the parishes of "El Valle, Tarqui and Checa" located in the canton of Cuenca. Materials and Methodology: It was a cross-sectional descriptive study. The data was obtained from semi-structured interviews, social demographic questionnaires and a MINI test from a random statistic sample that identified people who have had or have a depression disorder and its association with risk factors. Population and sample: The universe consisted of 199506 inhabitants from the parishes of "El Valle, Tarqui and Checa". The sample was 882 people. Results: The prevalence of depression disorders was (22%), divided into major depression (76.9%), dysthymia (8,2%) and depression relapse (40%). The risk factors were: women $p=0,00$; $OR=1,75(1,28,-2,39)$, no labor compensation $p=0,00$; $OR=1,92 (1,41-2,61)$, dysfunctional family $p=0,00$; $OR=3,65(1,96-6,79)$, men over the age of 50 $p=0,00$; $OR=2,21 (1,33-3,67)$, women over the age of 43 $p=0,05$; $OR= 1,47 (1,01-2,16)$. The comorbidities were anxiety $p=0,00$; $OR=5,17 (3,66-7,30)$ and alcohol consumption $p=0,15$; $OR=1,52 (0,86-2,70)$.

Key words: recurrent depression, dysthymia, major depression disorder, mental disorder, prevalence

Translated by



3. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), la “Depresión Mayor” afecta a 300 millones de personas en todo el mundo, principalmente mujeres, su consecuencia más grave es el suicidio, siendo un problema de salud pública, debido a que ocasiona deterioro de relaciones familiares y laborales. En el país según el INEC (2) en el 2015, fueron atendidas 2088 personas por enfermedades depresivas en los establecimientos de salud, de los cuales el 64% eran mujeres, entre 19 a 59 años.

Según el National Institute of Mental Health (NIH) (3) la “Distimia” en Estados Unidos en el 2017 tuvo una prevalencia del 1,5%; las mujeres con el 2,9% y los varones 1%. Además, en el mismo país se realizó un estudio a 18.000 personas con depresión, el cual llegó a la conclusión, que la prevalencia de “Depresión Mayor Recidivante” fue del 16%, tiende a la recurrencia afectando al funcionamiento normal de la persona (4).

Según el NIH (3), publicado en el 2017, la “Depresión Mayor”, se caracteriza por dos semanas, de al menos cinco síntomas: estado de ánimo deprimido, pérdida de placer por las actividades que disfrutaba, insomnio o hipersomnias, cambio de apetito, retraso psicomotor, sentimientos de inutilidad o culpa, falta de concentración, fatiga y pensamientos recurrentes sobre la muerte; ocasiona angustia, por lo tanto, interfiere con la vida diaria (5). El Ministerio de Salud Pública (MSP) (6) en el 2017 describe además otros síntomas como: desesperanza, apatía, anhedonia, impotencia frente a las exigencias de la vida y síntomas somáticos en la tercera edad. Entre las comorbilidades se encuentra: la ansiedad, consumo de sustancias, y principalmente el suicidio, con un riesgo de 20 veces (6).

La guía Semergen (7), actualización 2016 describe que la “Distimia” es una depresión crónica con síntomas depresivos menos intensos por 2 años, con

periodos sin depresión de dos meses; criterios que no han variado desde el DSM IV utilizado para el presente estudio y DSM V actual.

La “Depresión Recidivante” se caracteriza por síntomas depresivos de cuatro meses a un año y 2 meses sin sintomatología, la edad de inicio es entre los 30 a 35 años, se la debe definir cuando el paciente haya tenido depresión mayor por dos ocasiones (4). En la última guía del DSM V se la trata como una complicación, cuando vuelven los síntomas depresivos a los 6 meses de su recuperación (7). Según la asociación con variables:

Género

Se asocia principalmente al femenino; para el NIH (3), se debe a factores biológicos, sociales y hormonales, las últimas, afectan a sustancias químicas del cerebro que regulan el estado de ánimo y las emociones (8). Los hombres presentan un comportamiento riesgoso, imprudente, no hablan de sus sentimientos y aumenta el consumo de alcohol/drogas; la principal consecuencia es el suicidio, ya que utilizan métodos más letales (9).

Edad

La Revista de Atención Primaria (10), en el 2014, concluyó que los hombres tienen dos picos de presentación: entre los 25 a 45 años (33,1%) y en mayores de 65 años (27,7%), mientras las mujeres, el aumento progresivo a lo largo de la vida.

Migración

Las últimas estadísticas del INEC (11) desde 1997 hasta el 2014 han migrado 2.759.821 personas principalmente a Estados Unidos. Según Journals (12) la migración ha transformado la estructura familiar, las mujeres, ahora son las encargadas de la protección familiar y la toma de decisiones, por ello, en el proceso de adaptación pueden sufrir depresión.

Estado Civil

Según el INEC (11) del 2015, los matrimonios registrados fueron 60.636 y los divorcios 25.692. Las relaciones de pareja son una fuente de bienestar psicológico, no obstante, cuando se encuentra deteriorada, ocasiona sufrimiento (13). Un estudio español, en el 2018, señala que las mujeres separadas y divorciadas tienen un mayor riesgo de sufrir depresión con un OR= 2,43, mientras que las casadas fueron del 0,4% (14).

Estado Laboral

El entorno laboral adverso puede ocasionar ausentismo, disminución de la productividad y consumo de sustancias nocivas para la salud. Por lo tanto, una persona deprimida necesita esfuerzo extra para ser productivo (15). En el país según el INEC (16) en el 2019 la tasa de desempleo fue del 4,6% y específicamente en Cuenca es 5,4%.

Tipos de Familia

Familia es la unidad social básica, transmite valores éticos - culturales, y de comportamiento, puede ser:

- Familia nuclear o tradicional: Viven dos generaciones padres e hijos.
- Extensa: Integrada por tres generaciones abuelos a nietos.
- Extensa-ampliada: Tres generaciones y otros como tíos o primos.
- Extensa modificada: Viven varios núcleos familiares
- Monoparental: Madre o Padre con sus hijos.
- Bi-nuclear: Viven en el hogar con hijos de distintos progenitores.
- Personas sin familia: Viudo, adulto soltero o jóvenes emancipados (17).

Funcionalidad familiar

La familia influye en el bienestar físico/psicológico de una persona, actuando como un factor de riesgo o protector frente al estrés. Se estudió a 297 personas, el 52,9% tuvo disfunción familiar, el 30.7% tenían un trastorno depresivo y el 27% consumía alcohol (18).

Uno de los principales problemas de los trastornos depresivos es el diagnóstico erróneo, las personas que no tienen depresión, toman injustificadamente antidepresivos. Hay tratamientos eficaces, sin embargo, el 90% de los afectados no tiene acceso a los mismos, debido a falta de recursos, de personal capacitado y lo que es peor, debido a una estigmatización (1).

En el país y específicamente en la ciudad de Cuenca, no se ha determinado una prevalencia de los trastornos depresivos, los estudios científicos existentes solo lo han hecho en adultos mayores de centros geriátricos y debido a que es una patología frecuente, es importante tener una estadística clara de la misma.

Existen pocos estudios acerca de la distimia y de depresión recidivante, los cuales no son muy recientes, y por su similar forma de presentación, se presta a confusión con la depresión mayor; será un gran beneficio para la comunidad médica, tener una prevalencia de cada uno, lo cual dará un realce e importancia al diagnóstico de los subtipos de depresión, así como la asociación con variables como: migración, sexo, convivencia en pareja, edad y la situación laboral; muchas de las cuales no han sido descritas. La meta es sin duda hacer que el personal de salud preste más atención en su consulta a estas patologías; además puede servir de inspiración para la realización de futuros trabajos.

4. Materiales y métodos

Se realizó un estudio transversal – descriptivo, a través de una entrevista semi-estructurada, se aplicó un cuestionario sociodemográfico, test de funcionalidad familiar (FF-SIL) y la prueba MINI a una muestra aleatoria de la población rural del cantón Cuenca, se identificaron a quienes presenten/presentado alguno de los tipos de depresión y se estableció su asociación con las variables de estudio.

El universo estuvo conformado por 199.506 habitantes, de las parroquias rurales “Tarqui, Valle y Checa” del cantón Cuenca. Utilizando el programa EPI_ INFO se calculó una muestra de 775 más un 15% de pérdidas, dando como resultado 882 individuos, las parroquias mencionadas fueron seleccionadas por su representatividad, ubicación geográfica y crecimiento poblacional.

La muestra fue aleatoria y distribuida por conglomerados de acuerdo con la totalidad de habitantes de cada parroquia, se clasificó según la edad, se consideró cuatro estratos de acuerdo al ciclo de vida: 18 a 20, 21 a 40, 41 a 65 y mayores de 65; luego de acuerdo al sexo se consideró la distribución establecida por el INEC 2010. Las variables fueron dicotomizadas con criterios de expertos. Con una $p=18,3$; $q=81,7$; nivel de confianza=97%, precisión=3%.

Para la ubicación de los individuos en el área geográfica se tocó la puerta/timbre, posteriormente se informó acerca del estudio y se pidió la colaboración mediante el consentimiento informado, en caso de que la vivienda no tuviera respuesta o se negara a participar, se utilizó el criterio del vecino más cercano. El análisis estadístico se lo realizó con el programa SPSS 15 para las prevalencias, se analizó cada intervalo de confianza; la asociación con las variables en estudio, Chi cuadrado, el valor de p y odds ratio para definir el riesgo.

- Criterios de inclusión: Mayores de 18 años que deseen participar en la entrevista y hayan firmado el consentimiento informado.
- Criterios de exclusión: Individuos que tengan dificultad para comprender la encuesta, que presenten alteraciones cognitivas y conductuales graves

5. Resultados

La muestra fue de 984 personas de las parroquias de El Valle, Checa y Tarqui del cantón Cuenca; con 438 varones (47%) y 546 mujeres (53%), edad entre 18 a 93 años. Los trastornos depresivos estuvieron presentes en 217 personas, con una prevalencia del 22%; “Depresión Mayor” (76,9%), (8,2%) “Distimia” y (40%) “Depresión Recidivante”; de los cuales (14,7%) únicamente depresión recidivante y el resto depresión mayor y 1 distimia. Los resultados engloban todos los tipos depresivos como “Trastorno depresivo”; que afectó a 34% de los hombres y el 66% de las mujeres, la media de la edad en hombres fue de 50,23 (45,55 – 54,91), mientras que las mujeres de 44.43 (41,36- 47.51).

Tabla N°1: Depresión en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, según las

Variables	Depresión		
	N°	%	
Sexo	Mujeres	143	26,19 %
	Hombres	74	16,89 %
Convivencia de pareja	No convive	88	25,14 %
	Si convive	129	20,35 %
Situación laboral	Sin remuneración	127	28,10 %
	Con remuneración	90	16,92 %
Migración Familiar	Si	116	21,76 %
	No	101	22,39 %
Migración del núcleo primario	Si	107	23,41 %
	No	110	20,87 %
Tipo de familia	No tradicional	31	24,60 %
	Tradicional	165	21,68 %
	Vive solo	21	21,65 %
Funcionalidad familiar	Disfuncional	21	48,84 %
	Funcional	175	20,73 %
Edad por ciclo de vida	18 a 20 años	24	24,74 %
	21 a 40 años	68	16,50 %
	41 a 65 años	79	25,00 %
	65 y más	46	28,93 %

variables estudiadas, 2018

Autora: Gabriela Barba

Tabla N°2: Depresión y variables relacionadas como factores de riesgo, en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, según variables estudiadas. Cuenca, 2018.

Variables	Chi cuadrado	p	OR	IC	
Sexo mujer	14,22	0,00	1,75	1,28	2,39
No convive con pareja	3,02	0,08	1,32	0,97	1,79
Situación laboral sin remuneración	17,77	0,00	1,92	1,41	2,61
Migración familiar	0,06	0,81	0,96	0,71	1,30
Migración en el núcleo primario	0,92	0,34	1,16	0,86	1,57
Tipo de familia no tradicional	0,54	0,46	1,18	0,76	1,83

Familia disfuncional	18,77	0,00	3,65	1,96	6,79
Edad en hombres 50 años y más	9,74	0,00	2,21	1,33	3,67
Edad en mujeres 43 años y más	3,95	0,05	1,47	1,01	2,16

Autora: Gabriela Barba

Tabla 2 La depresión tiene una relación estadísticamente significativa con ser mujer, $p = 0,00$; OR =1,75 (1,28 – 2,39). Los factores de riesgo son: situación laboral sin remuneración $p = 0,00$; OR =1,92 (1,41– 2,61), familia disfuncional $p = 0,00$; OR= 3,65 (1,96 – 6,79), hombres desde los 50 años $p = 0,00$; OR =2,21 (1,33 – 3,67) y mujeres desde los 43 años $p = 0,05$; OR =1,47 (1,01 – 2,16).

Tabla N° 3: Comorbilidad de la depresión con otros trastornos mentales en los habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, 2018.

Comorbilidad	N°	%
Riesgo de suicidio leve	45	57,69
Riesgo de suicidio moderado	6	50,00
Riesgo de suicidio alto	13	65,00
Trastorno bipolar	32	40,51
Trastorno de ansiedad	91	49,19
Dependencia y abuso de alcohol y sustancias	18	29,51
Trastorno psicótico	24	42,86

Autora: Gabriela Barba

Tabla 3 La principal consecuencia es el suicidio, según el riesgo: el leve representó el 7,93 (6,40 – 9,78), moderado con el 1,22 (0,70 - 2,12) y el riesgo alto fue de 2,03 (1,32 – 3,12). Las comorbilidades fueron: ansiedad y

dependencia/abuso de alcohol y sustancias; la ansiedad tuvo una $p = 0,00$; $OR = 5,17$ ($3,66 - 7,30$), mientras que la dependencia y abuso de alcohol/ sustancias $p = 0,15$; $OR = 1,52$ ($0,86 - 2,70$).

6. Discusión

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de los trastornos depresivos como: “Depresión mayor, distimia y depresión recidivante”, los resultados fueron: prevalencia total de trastornos depresivos (22%); de los cuales, (76,6%) fue depresión mayor, distimia (8,2%) y (40%) depresión recidivante.

La distimia y depresión recidivante difieren de un estudio publicado en el 2018, en la revista JAMA Psiquiatría (19) en 36.309 adultos de EE. UU., la prevalencia de distimia fue (10,4%) y recidivante (20,6%). Esta diferencia puede ser por la mayor muestra, sin embargo, en nuestro país, sí podría existir una mayor cantidad de recidivantes, según el ISEP (20) existe una estigmatización a las enfermedades mentales que lleva a no tener un diagnóstico oportuno y tratamiento.

Con respecto a la “Depresión Mayor”, se presentó en (76,6%) de los depresivos, (66%) mujeres y (34%) varones, demostrando ser el doble en mujeres; estos resultados, difieren de los expuestos por la Revista de Atención Primaria de la Salud (21) del 2014, en 317 personas, el cual tuvo una prevalencia del (46,7%), las mujeres con (53%) y los varones (40%), $p=0,001$, como se puede observar tiene una menor muestra, pero en los dos, se manifiesta principalmente en el sexo femenino; según el Consejo Nacional para la Igualdad de Género el trabajo no remunerado del hogar y el cuidado de los niños, crea una barrera en las mujeres para la incorporación al mercado laboral (21).

En el mismo estudio se concluyó que las mujeres, desde los 18 a 65 años, la depresión se manifestó entre (50% a 52%) y aumentó a (63,3%) en la tercera edad; mientras que, en los varones, varía a lo largo de su vida: en menores de 25

años (37,5%), luego desde los 45 años (44,7%) y finalmente en mayores de 65 con (59,5%), en los dos sexos aumenta en la tercera edad con un 10% (22); en la población de estudio, independiente del sexo, se manifestó desde: 18 a 20 años (24,74%), luego aumentó entre 41 a 65 años (25%) y a partir de los 65 años a (28.93%); esta diferencia puede ser por una menor la cantidad de adultos mayores en nuestra muestra. Se demostró que el mayor riesgo de presentar depresión se produce en hombres mayores de 50 años $OR=2,21(1,33- 3,67)$ $p=0,00$ y mujeres mayores de 43 años $OR=1,47 (1,01-2,16)$ con $p= 0,05$. La prevalencia en esta edad podría estar dada por varias situaciones, según la Oficina Internacional del Trabajo (23) a medida que aumenta la edad, disminuye las oportunidades de conseguir un empleo, lo cual lleva al aumento de la informalidad como sustento. Esto se correlaciona con los datos proporcionados por el INEC (24), entre 35 a 44 años el empleo formal fue del (51.7%), el informal (40.3%), desde 45 a 64 años el empleo formal baja a (45.4%) mientras que el sector informal aumenta a (47.8%) y desde los 65 años, aumenta la informalidad drásticamente llegando al (74,2%). Además, en esta edad se produce la llamada “crisis de la mediana edad” donde se cuestionan una juventud perdida, la carrera escogida, los logros alcanzados y fracasos obtenidos, se busca relaciones esporádicas, cambio de empleo y se producen síntomas somáticos (25).

Otro factor asociado es la convivencia en pareja; se manifestó en (25,14%) de las personas sin pareja con un $OR=1.32 (0.97 -1.79)$, independiente de la edad. Según Montoya (26), el tener un compañero sentimental es un estereotipo de una persona exitosa y completa emocionalmente.

En lo que se refiere a la situación laboral, la no remuneración tuvo un $OR =1,92 (1,41- 2,61)$, similar a lo publicado por Oenning (27) en el del 2018, en 60.202 adultos, utilizó DSM IV; las mujeres que trabajan por su cuenta, tuvieron un $OR=1,5 (1,16-2,03)$ y $p=0,002$, y los varones $OR=1,8 (1,17-2,87)$; sin embargo, trabajar menos de 20 horas semanales para los hombres significa un $OR=3,32 (1,63-6,78)$, por lo tanto, el no tener una remuneración estable, es un gran factor

de riesgo para la depresión, pero trabajar menos de 20 horas semanales afecta mucho más a los hombres, al ser el principal sustento del hogar.

EL mayor factor de riesgo asociado a la depresión fue la disfuncionalidad familiar con un OR=3,65 (1,96-6,79). Para Guerrero (28) la asociación fue OR=5 (1,81-13,80), lo que demuestra, que es el mayor problema para tener depresión. Según la Revista Portales Médicos (29) las relaciones familiares proporcionan un desarrollo emocional y psicológico, sin embargo, la falta de estabilidad ocasiona el mantenimiento de problemas psicológicos como la depresión.

Con respecto a la migración, México estudió a 418 esposas de migrantes y demostró asociación con depresión, OR= 3,77 (1,92-7,43) (30). Sin embargo, en la población de estudio, los resultados no fueron concluyentes, OR= 0,96 (0,71-1,30) pero sí hubo mayor prevalencia en el grupo primario familiar (23,41%), demuestra, que por el paso del tiempo, las familias no tienen depresión, pero queda la tristeza de la familia nuclear.

Como se ha descrito, la principal consecuencia de la depresión es el suicidio, en los resultados presentados, la ideación suicida leve representó tuvo un OR= 7,93 (6,40 – 9,78), y la grave OR= 2,03 (1,32 – 3,12), similar a lo que concluye Castro-Días (31) en el 2013, donde la correlación con ideación suicida leve tuvo un OR= 5,38 (1,73 – 16,18) y grave OR= 7,29 (2,21 – 24,06), esta mayor prevalencia en la grave se explica porque su muestra fue de pacientes hospitalizados con depresión. La OMS (32) afirma que el suicidio, ocurre en momentos de impulsividad con negatividad a solucionar problemas financieros, rupturas amorosas o enfermedades crónicas.

Las comorbilidades encontradas fueron: ansiedad OR= 5,17 (3,66-7,30) y dependencia de alcohol/sustancias OR =1,52 (0,86 – 2,70). Con respecto a la dependencia de alcohol, Guertler (33) en Alemania en el 2020, concluyó que las personas alcohólicas con depresión fueron el 17%, OR =1,19 (1,14-1,25); por lo tanto, es un trastorno asociado. Palmer (34) en el 2021 dijo que el consumo agudo

de alcohol en dosis baja disminuye el estado de ánimo negativo por su efecto sedante y estimulante.

Con respecto a la ansiedad se realizó un estudio en 157 varones de 18 a 65 años, que solicitaron atención en primer nivel en México, la prevalencia de ansiedad fue del 57% con $p=0,03$; nuestra prevalencia fue del 49,3%, como se puede observar, es un problema importante en la depresión (35). La ansiedad es la preocupación por el futuro, debido a situaciones estresantes del presente, la cuales sobrepasan los recursos, y crean malestar en el individuo, se acompaña de pensamientos negativos; existen varios motivos, como es el asistir a consulta médica, el actual confinamiento, la disminución de empleo, miedo contagio y muerte (36).

6.1 Ventajas y desventajas

La investigación presentada es innovadora, engloba una gran cantidad de adultos de diferentes grupos etarios, se puede observar su relación con varios factores de riesgo y al fin se tiene una estadística clara acerca de la prevalencia de los trastornos depresivos en la región.

La desventaja el estudio es que no toma en cuenta a los niños y adolescentes por lo tanto no se tiene una estadística de la prevalencia en estas edades.

7. Conclusión

La prevalencia de los trastornos depresivos en las parroquias rurales del cantón Cuenca fue del (22%), el (76,9%) tuvo Depresión Mayor, (8,2%) Distimia y (40%) Depresión Recidivante la cual se asocia a otros tipos depresivos, pero el 14% fue exclusivo de esta.

Los factores de riesgo fueron: sexo mujer, situación laboral sin remuneración, tener una familia disfuncional, y la edad: hombres mayores de 50 años y mujeres mayores de 43, sin embargo, como se analizó previamente, existe además una

mayor prevalencia en mayores de 65 años, aunque en nuestro estudio no se obtuvo este resultado.

La ansiedad y el consumo alcohol/drogas fueron las principales comorbilidades, la ansiedad con una $p=0,00$, $OR=5,17(3,66-7,30)$ y consumo/dependencia de alcohol/sustancias $p= 0,15$, $OR=1,52 (0,86-2,70)$.

8. Agradecimiento

Agradezco en primer lugar a Dios por haberme protegido del “COVID-19”, durante mi internado, luego a mi madre por el esfuerzo realizado para poder formarme en esta prestigiosa universidad y convertirme en médico, siempre ha estado en los momentos más difíciles de mi carrera apoyándome a seguir adelante en este sueño. De manera especial agradezco a los doctores que estuvieron presentes en la realización de este proyecto y con mucho cariño a mi tutora de tesis por su tiempo y paciencia.

9. Referencias

1. OMS. Depresión. Centro de prensa [Internet]. 2018 [citado 9 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. INEC. Infografía depresion.pdf [Internet]. 2015 [citado 9 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Inforgrafias-INEC/2017/infografia-depresion.pdf>
3. National Institute of Mental Health. Trastorno depresivo persistente (trastorno distímico). EEUU: Departamento de Salud y Servicios Humanos [Internet]. 2017 [citado 14 de julio de 2019]. Disponible en:

<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/persistent-depressive-disorder-dysthymic-disorder.shtml>

4. Estrada M y Hurtado S. Depresión mayor recidivante.pdf; 2015 [Internet]. [citado 14 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.fernandomiralles.es/CEU/4Depresionmayorrecidivante.pdf>
5. National Institute of Mental Health. Major Depression; 2017 [Internet]. [citado 14 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtml>
6. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2017. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
7. Recomendaciones SEMERGEN. Depresión Mayor Actualización 2016. Madrid: MEDICAL & MARKETING COMMUNICATIONS, ISBN: 978-84-6087635-9; 2016 [Internet]. [citado 14 de julio de 2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/307211535_Depresion_Mayor_Actualizacion_2016_Recomendaciones_SEMERGEN_ISBN978-84-6087635-9
8. NIMH. Depresión en las mujeres: 5 cosas que debes saber. EEUU: Departamento de Salud y Servicios Humanos; 2015 [Internet]. [citado 14 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression-in-women/index.shtml>
9. NIMH. Los hombres y la depresión. Estados Unidos: Departamento de salud y servicios humanos, Núm. SQF 17-5300; 2017 [Internet] [citado 14 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-hombres-y-la-depresion/index.shtml>

10. Montesó Pilar AC. Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad [Internet]. Elsevier. 2014 [citado 22 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656713002199>
11. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censos IN de E y Vdatos. Ecuador: Creative commons; 2014 [Internet] [citado 15 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/vdatos/>
12. Oramas MJG, Pimentel SR, Vallejo SR. Las que se quedan: Género, Migración y Control Social. *Amérique Latine Histoire et Mémoire Les Cahiers ALHIM Les Cahiers ALHIM* [Internet]. 8 de junio de 2011 [citado 15 de julio de 2019]. Disponible en: <http://journals.openedition.org/alhim/3803>
13. Bastida-González R, Valdez-Medina JL, Valor-Segura I, Fuentes NIGA-L, Rivera-Aragón S. Satisfacción marital y estado civil como factores protectores de la depresión y ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2017; XXVI(1):95-102. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281950399009>
14. Simó-Noguera C-X, Monleón AH, Rodríguez DM, Sanjuán MEG. El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*. 2015;(151):141-66. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5145047>
15. OMS. Salud mental en el lugar de trabajo [Internet]. WHO. [citado 22 de julio de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/
16. Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU). Quito: Boletín técnico, N° 02-2019; 2019. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2019/Marzo/Boletin_mar2019.pdf

17. Morán EP. Las tipologías familiares colombianas del siglo XXI. Universidad de Medellín. 2016; 130 [Internet]. [citado 12 de agosto de 2019] Disponible: https://repository.udem.edu.co/bitstream/handle/11407/3516/TG_CLA_3.pdf?sequence=1
18. Acosta Vinueza, Alvear Reascos, Monroy G. Prevalencia de trastornos mentales y disfunción familiar en la parroquia urbana de Urcuquí-Imbabura. RB. 15 de agosto de 2017;2 (3):369-75 [Internet]. [citado 12 de agosto de 2019] Disponible en: <http://revistabionatura.com/files/2017.03.03.6.pdf>
19. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, Saha TD, Ruan WJ, Stohl M, et al. Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. JAMA Psychiatry. abril de 2018;75(4):336-46. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5875313/>
20. Pereira Maribí. Instituto Superior de Estudios Psicológicos. La estigmatización de la enfermedad mental [Internet]. ISEP. 2018 [citado 21 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.isep.es/actualidad/la-estigmatizacion-de-la-enfermedad-mental-limita-al-paciente/>
21. Consejo Nacional para la igualdad de género. Lineamientos del Consejo Nacional para la igualdad de género frente a la crisis sanitaria para su implementación en instituciones del Estado [Internet]. Mayo 2020. Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/IESOGI-COVID-19/States/Ecuador.pdf>
22. Montesó-Curto P, Aguilar-Martín C. Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. Atención Primaria. 1 de marzo de 2014;46(3):167-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-depresion-segun-edad-el-genero-S0212656713002199>

23. Bertranou F, Internationale Arbeitsorganisation, editores. Envejecimiento, empleo y protección social en América Latina. [Internet]. Santiago: Oficina Internacional del Trabajo; 2006. 87 p. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_bai_pub_20.pdf
24. INEC. Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y subempleo. Mercado laboral trimestre enero-marzo 2021. [Internet]. Boletín técnico N°5. Ecuador: 2021. Disponible en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/--ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_bai_pub_20.pdf
25. Gómez de la Torre Flores E. La crisis de la mediana edad desde la psicología de Carl Gustav Jung. Estudio realizado con doce personas en el rango de 40 a 55 años que asistieron a consulta psicológica entre noviembre del 2012 a octubre del 2013. Pontificia Universidad Católica del Ecuador [Internet]. 2014 [citado 21 de junio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/8483>
26. Montoya CV. La soltería en mujeres de mediana edad. Reflexiones. Universidad de Costa Rica. vol. 87, núm. 1, 2008, pp. 99-111. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/729/72912553007.pdf>
27. Oenning NSX, Ziegelmann PK, Goulart BNG, Niedhammer I. Factores ocupacionales asociados con el trastorno depresivo mayor: un estudio brasileño basado en la población. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 28 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30053683>
28. Guerrero MH. DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR ASOCIADO A DEPRESIÓN EN ALUMNOS DE SECUNDARIA DEL COLEGIO PABLO MARÍA GUZMÁN – SURCO DURANTE ABRIL DEL 2019. [Tesis]. Lima: UNIVERSIDAD RICARDO PALMA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA; 2019. Disponible en:

<http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2211/AEEFIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

29. Ordóñez Mario. Disfunción familiar y su relación con la depresión en adolescentes - Revista Electrónica de Portales Medicos.com [Internet]; 2016. [citado 22 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/disfuncion-familiar-depresion-adolescentes/>
30. Bojorquez I, Salgado de Snyder N, Casique I. Migración internacional de pareja, autonomía y síntomas depresivos entre mujeres de un área rural mexicana. Int J Soc Psychiatry. 1 de julio de 2009;55(4):306-21. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020764008095117>
31. Castro-Díaz S, Gómez-Restrepo C, Gil F, Uribe Restrepo M, Miranda C, de la Espriella M, et al. Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. RCP. 1 de enero de 2013;43:27-35. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-factores-riesgo-ideacion-suicida-pacientes-S0034745014000043>
32. OMS. Suicidio. Centro de prensa [Internet]; 2 de septiembre del 2019. [citado 22 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
33. Guertler D, Moehring A, Krause K, Batra A, Eck S, Freyer-Adam J, et al. Copattern of depression and alcohol use in medical care patients: cross-sectional study in Germany. BMJ Open [Internet]. 6 de mayo de 2020 [citado 24 de junio de 2020];10(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7223144/>
34. Mollaahmetoglu OM, Palmer E, Maschauer E, Nolan MC, Stevens T, Carlyle M, et al. The acute effects of alcohol on state rumination in the laboratory.

Psychopharmacology (Berl). 2021;238(6):1671-86. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8139935/>

35. Espinosa Muñoz MC, Orozco Ramírez LA, Ybarra Sagarduy JL, Espinosa Muñoz MC, Orozco Ramírez LA, Ybarra Sagarduy JL. Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. Salud mental. junio de 2015;38(3):201-8. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000300201&lang=es#ch2
36. Salari N, Hosseinian-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Global Health [Internet]. 6 de julio de 2020 [citado 16 de junio de 2021];16. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7338126/>

10. Anexos

Consentimiento Informado para participantes de investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como colaboradores.

La presente investigación es conducida por el Dr. Juan Aguilera profesor de la facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. La meta de este estudio es conocer. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contesta una entrevista que le tomará aproximadamente 25 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará

para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación. Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Dr. Juan Aguilera. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer.

Me han indicado también que tendré que responderá a una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 25 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Juan Aguilera director de la investigación a al teléfono 0999774878.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha (en letras)

Ficha Demográfica

INFORMACIÓN GENERAL

Número de formulario

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

Nombre del entrevistador.....

Fecha de la entrevista

Parroquia.....

Género

1 <input type="checkbox"/> masculino	2 <input type="checkbox"/> femenino
--------------------------------------	-------------------------------------

Nivel de estudio que alcanzó el entrevistado

1 <input type="checkbox"/> educación básica incompleta	
2 <input type="checkbox"/> educación básica completa	5 <input type="checkbox"/> nivel tecnológico
3 <input type="checkbox"/> bachillerato incompleto	6 <input type="checkbox"/> nivel superior
4 <input type="checkbox"/> bachillerato completo	7 <input type="checkbox"/> nivel postgrado

Años de estudio aprobados en el nivel correspondiente _____

¿Qué actividad desarrolla actualmente?

Por favor elija la alternativa que represente mejor su situación laboral (con excepción de licencia médica y pre- y postnatal)

1 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (jornada completa)	6 <input type="checkbox"/> en formación/cambio de actividad
2 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (media jornada)	7 <input type="checkbox"/> servicio militar
3 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (ocasionalmente)	8 <input type="checkbox"/> cesante
4 <input type="checkbox"/> dueña de casa (sin actividad laboral)	9 <input type="checkbox"/> jubilado/a

1 <input type="checkbox"/> Vive solo
2 <input type="checkbox"/> Vive con amigos (a)
2 <input type="checkbox"/> Vive con esposo (a) parejas
3 <input type="checkbox"/> Vive suegro/suegra
4 <input type="checkbox"/> Vive con abuelos
3 <input type="checkbox"/> Vive con primos

Estado civil actual:

1 <input type="checkbox"/> soltero/a	4 <input type="checkbox"/> separado/a
2 <input type="checkbox"/> unión de hecho	5 <input type="checkbox"/> divorciado/a
3 <input type="checkbox"/> casado/a	6 <input type="checkbox"/> viudo/a

¿Qué actividad desarrolla actualmente?

Por favor elija la alternativa que represente mejor su situación laboral (con excepción de licencia médica y pre- y postnatal)

1 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (jornada completa)	6 <input type="checkbox"/> en formación/cambio de actividad
2 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (media jornada)	7 <input type="checkbox"/> servicio militar
3 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (ocasionalmente)	8 <input type="checkbox"/> cesante
4 <input type="checkbox"/> dueña de casa (sin actividad laboral)	9 <input type="checkbox"/> jubilado/a

¿Tiene un familiar directo que ha migrado?

En el caso que la respuesta sea Sí, elija si esta es interna o externa

Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Migración interna <input type="checkbox"/>	Migración externa <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------	--	--

Identifique quien migro y el tiempo

Tiempo de migración

1 <input type="checkbox"/> padre
2 <input type="checkbox"/> madre
3 <input type="checkbox"/> ambos padres
6 <input type="checkbox"/> esposo (a) pareja

1 <input type="checkbox"/> < de un año
2 <input type="checkbox"/> 1 a 5 años
3 <input type="checkbox"/> 6 a 10 años

SÍ

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

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL	
Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

Cuestionario MINI

A. Episodio depresivo mayor

(- SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

B. Trastorno distímico

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	17				
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SÍ	18				
B3	Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:							
a	¿Cambió su apetito notablemente?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	19				
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	20				
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	21				
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	22				
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	23				
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	24				
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ					
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	25				
	¿CODIFICÓ SÍ EN B4?	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	
NO	SÍ							
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL								

Distribución de la muestra por parroquias

EDAD GRUPOS	CHECA		TARQUI		VALLE		TOTAL PARCIAL		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	H	M	
20 - 29	9	11	38	40	91	90	138	141	279
30 - 39	6	8	26	30	61	68	92	106	198
40 - 49	5	7	19	24	44	53	68	84	151
50 - 59	3	5	14	17	33	39	50	60	110
60 - 69	2	3	9	12	22	26	34	41	74
70 - 79	1	2	5	7	12	16	19	24	43
80 y mas	1	1	3	4	7	10	11	15	26
TOTAL	28	37	114	133	270	301	411	471	882