



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**

Trabajo de titulación previo a la obtención de título de Médico

TITULO:

**“Prevalencia de Depresión mayor y sus factores asociados en
población adulta, cantón Nabón año 2021”**

AUTOR:

SANTIAGO VICENTE ULLOA GONZALEZ

DIRECTOR:

PhD. Yolanda Dávila Pontón.

Cuenca, Ecuador

2022

Dedicatoria

Dedico este trabajo de titulación primeramente a Dios, por guiar todos y cada uno de mis pasos, a mi madre Jacqueline González Coronel, quien con su amor y apoyo incondicional me ha formado como hombre y ha inculcado en mí la importancia y el valor del trabajo honesto, ayudándome a entender que si buscamos cualquier objetivo en esta vida la única manera de lograrlo es con mucho esfuerzo, dedicación, disciplina y perseverancia.

Agradecimientos

Deseo agradecer en primer lugar a Dios por su misericordia, porque sin Él nada es posible. A mis padres Fabian y Jacqueline, que sin su apoyo incondicional y constante nada de esto fuera posible, además de su preocupación y esmero por enseñarme que el único camino para alcanzar el éxito es el trabajo duro. A cada uno de los docentes que han formado parte de mi formación académica, impartiendo no solo conocimientos científicos sino también sembrando en nosotros día a día un cariño hacia la medicina, entendiéndose esta como una herramienta para servir al prójimo que más los necesita. A mi directora de tesis

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
1 Introducción	3
2. Metodología	7
2.2 Procedimiento de la investigación.	8
2.3 Consideraciones éticas	9
2.4 Instrumentos	9
3 Análisis de los datos	10
4. Resultados	11
4.1 Resultados de la investigación.	11
5. Discusión	17
6. Conclusiones	21
7. Recomendaciones	22
8.Referencias bibliográficas	24
9. ANEXOS	28

RESUMEN

Introducción: La depresión mayor a día de hoy constituye un serio problema de salud global, dadas sus múltiples comorbilidades es necesario identificar su prevalencia y los factores asociados a esta.

Materiales y métodos: Este trabajo de investigación fue cuantitativa, de tipo transversal analítico. Se utilizó una ficha sociodemográfica (Género, etnia, Instrucción, estado civil, estructura familiar, situación laboral, migración familiar, deuda familiar, discriminación, consumo problemático de alcohol), para la identificación de depresión, se utilizó la entrevista neuropsiquiátrica (MINI).

Resultados: La prevalencia de depresión mayor establecida fue de 9,5% (n=48), los factores asociados fueron: el estado civil (solteros, casados, viudos), escolaridad básica/nula, migración familiar, deuda familiar y consumo problemático de alcohol.

Palabras claves: depresión mayor, prevalencia, factores asociados.

ABSTRACT

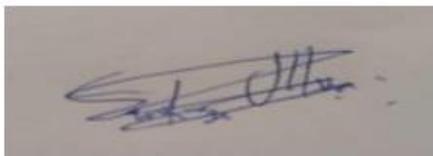
Introduction: Major depression nowadays represents a serious global health problem, given its multiple comorbidities, which are necessary to identify its prevalence and factors associated.

Materials and methods: This research work was a quantitative, analytical cross-sectional type. A sociodemographic file was used (Gender, Ethnicity, Education, Marital status, family structure, Employment status, family migration, family debt, discrimination, problematic alcohol consumption) Additionally, for the identification of major depression, the neuropsychiatric interview (MINI) was used).

Results: The prevalence of established major depression was 9.5% (n=48), the associated factors were: marital status (single, married, widowed), basic/nil schooling, family migration, family debt, and problematic consumption of alcohol.

Conclusions: Major depressive disorder is a prevalent disorder among the population of Nabón, which is associated with marital status, basic/nil schooling, family migration, problematic alcohol use, and family debt.

Keywords: major depression, prevalence, associated factors.



Santiago Vicente Ulloa Gonzalez



1 Introducción

Se define salud como el bienestar físico, mental y social que experimenta un paciente. La salud mental es, por tanto, un componente indispensable de la salud, un individuo sano podrá hacer frente a situaciones de estrés en su vida cotidiana, realizar trabajos y actividades productivas, contribuyendo de manera positiva a la comunidad a la cual pertenecen (1). Etimológicamente la palabra depresión viene del latín “*animae dēpressio*”, lo cual significa “descenso del ánimo”, razón por la cual se la utiliza de manera amplia para describir esta patología hasta nuestros días (2).

La depresión es un estado de tristeza, asociada a una importante disminución del valor personal y de la actividad mental, psicomotriz y orgánica, la cual se caracteriza por la expresión verbal y no verbal de sentimientos tristes, acompañados de irritabilidad, alterando múltiples funciones como el sueño, el apetito, la energía y el impulso sexual (3). A través del tiempo, el concepto de depresión ha ido evolucionando, para los hipocráticos del siglo V a.C., este término era conocido como melancolía y se caracterizaba por cuadros de insomnio, irritabilidad, desesperación y miedo. No es sino hasta el siglo XX donde para fines teórico-prácticos se la conceptualiza de una manera más clara a la depresión, relacionándola con sus distintos tipos, cronicidad y su estrecha relación con las ideas autolíticas (4).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-V) considera a la depresión como una alteración del humor, en la que se destaca ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, que afecta la vida de las personas, durante la mayor parte del día (5). Se clasifica en trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente (distimia) y otros en los cuales se engloba trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, disfórico premenstrual y debido a otras afecciones médicas (6).

A nivel neurológico, los agentes estresantes presentes en el entorno desencadenan una serie de reacciones que en conjunto se las conocen como Síndrome de Adaptación general (SAG), una respuesta normal del organismo al estrés y la cual se enfoca en mantener la homeostasis, sin embargo, la activación a largo plazo de dicho sistema puede dar lugar a episodios depresivos (7). La serotonina, un neurotransmisor liberado principalmente en los núcleos del rafe del tronco encefálico, posee funciones importantes, sobre todo de regulación sueño-vigilia, modulación de agresividad, ansiedad; se dice que una menor síntesis y disponibilidad en los múltiples circuitos neuronales predispone a la aparición de síntomas depresivos. De esta forma, los niveles bajos de serotonina en el córtex cingulado anterior, corteza orbitofrontal, hipotálamo y cuerpo estriado presentarán alteraciones en el individuo como desmotivación, pensamientos suicidas, pérdida del apetito, desinterés por actividades que antes disfrutaba, cansancio físico, enlentecimiento psicomotor, entre otros (7,8).

El trastorno depresivo mayor se enmarca como una alteración del humor heterogéneo clínicamente, con un curso episódico con tendencia a la recurrencia y cuyo diagnóstico se basa en criterios descriptivos. Se enmarca como un conjunto de síntomas que están presentes durante un período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo del individuo, algunos de ellos son: estado de ánimo deprimido (triste, vacío, sin esperanza), disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades, pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, fatiga, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o pensamientos de muerte recurrentes, cefalea recurrente, calambres, epigastralgia o problemas digestivos sin causa física aparente, o que no se alivian con tratamiento médico establecido (9,10).

Epidemiológicamente, la organización mundial de la salud indica que la prevalencia de los distintos trastornos mentales está en continuo crecimiento, provocando un alto impacto en múltiples esferas de la vida cotidiana: económico, laboral, familiar y

de los derechos humanos (11). Según datos de Our World in Data, para el año 2017 aproximadamente 792 millones de personas han sufrido algún trastorno mental, esto es equivalente a un poco más de una de cada diez personas en el mundo (12). La depresión contribuye de manera importante a la carga global de enfermedad, es una de las principales causas de discapacidad, se calcula que aproximadamente 350 millones de personas en el mundo son afectadas por esta patología, con prevalencias entre 3,3 y 21,4% en todas las edades, un 5-10% exclusivamente en población adulta, del 10-15% en mujeres y del 5-12% en hombres. Se estima que alrededor del 15% de la población ha sufrido depresión en algún momento de su vida (13).

Al trastorno depresivo mayor se lo puede dividir en tres grupos etarios, en función de los factores de riesgo que presenta en las distintas etapas de la vida del paciente:

La depresión pediátrica resulta de una interacción entre factores individuales y ambientales, a nivel individual se presentan aquellos de origen biológico (desequilibrio de neurotransmisores), aspectos psicológicos como introversión, inestabilidad emocional, baja autoestima, déficit de habilidades sociales debido a una escasa motivación para establecer relaciones con otros, vulnerabilidad psicológica teniendo una visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro; entre los factores demográficos se observa que los pacientes presentan una mayor prevalencia mientras aumentan su edad. Los factores ambientales que interactúan con aquellos individuales son la familia, amigos, escuela, acontecimientos estresantes o traumáticos en la infancia y adolescencia (14,15).

En cuanto a la población adulta comprendida entre los 20 y 64 años de edad, son factores de riesgo para depresión mayor el pertenecer al sexo femenino (relación 1-2:3), acontecimientos vitales (reajuste sustancial en la conducta), privación psicosensorial o de abusos, explotación extrema, factores predisponentes propios del entorno como desempleo, rechazo social, baja escolaridad, dificultades en la adaptación cultural, situaciones de desestructuración social o familiar, migración

familiar tanto interna como externa, familiares de primer grado con enfermedades mentales, discriminación, intento autolítico previo, tener una regular o mala percepción sobre su propia salud mental, no hacer ejercicio, presentar un grado medio de resiliencia. (16,17,18).

En cuanto a la población de adultos mayores comprendida entre los 65 años de edad en adelante, se observan factores de riesgo asociados, aquellos demográficos como pertenecer al sexo femenino, viudez, aislamiento, insomnio, pobreza, sometidos a estrés, pertenecer al área rural y bajo nivel de instrucción (19). Se identifican aquellos factores biológicos como enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y diabetes, deterioro funcional y cognitivo, alcoholismo, drogadicción e intentos de suicidio previo forman parte importante dentro de este grupo etario (20,21).

Tomando esta información como punto de partida, se establecen criterios claros acerca de la depresión mayor, ya que a nivel cultural se suele descuidar los problemas de salud mental, estableciendo datos acerca de esta patología y generando datos estadísticos que ayudarán a que los profesionales de la salud brinden una atención, tratamiento y derivación oportuna, todo ello con el fin de resguardar la salud de los pacientes.

A día de hoy, estadísticamente, la depresión presenta altos índices a nivel regional y global, según datos proporcionados por la OMS, se estima que, a nivel mundial, 280 millones de personas tienen depresión, cada año alrededor de 700.000 personas se suicidan como consecuencia de la depresión concomitante que padecen (22). Cabe destacar que el suicidio es la cuarta causa de muerte a nivel global entre los 15 y 29 años (23). Según estadísticas regionales, los problemas de salud mental producen más de un tercio de la discapacidad total en las Américas, y dichos países destinan solamente un 2% del presupuesto de salud a la prevención y tratamiento de estos trastornos. En dichos informes, se concluye que los trastornos depresivos son la principal causa de discapacidad, representando un

3,4% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y cerca del 7,8 % del total de años perdidos por discapacidad (APD) (24).

Esto acarrea un serio problema de salud, tal y como lo refleja un estudio realizado en países Bajos, concluyendo que mientras más tarde se diagnostique y trate la depresión mayor, existe una alta probabilidad de múltiples episodios de remisión y cronicidad, afectando de manera negativa al rendimiento personal, social y laboral de la persona que lo padece, generando altos costos al estado, así como disminuyendo el nivel de productividad de la población en la cual se desenvuelve (25), es por ello que al existir pocos datos acerca de este grave problema de salud, y en particular en cantones rurales azuayos como Nabón, se ha planteado el análisis de una base de datos que tiene por objetivo identificar la prevalencia de la depresión y sus factores asociados, para de esta manera enfatizar en la necesidad de una promoción, protección, detección precoz y restablecimiento de la salud mental.

2. Metodología

2.1 Población y muestra

La investigación se realizó en el cantón Nabón que tiene una población total de 14 085 de adultos del cual se seleccionó una muestra aleatoria de 725 adultos, siendo estos 238 varones y 487 mujeres. Los criterios de inclusión fueron: ser parte de la población de Nabón y tener más de 20 años.

La muestra se realizó de manera polietápica, se obtuvo una muestra aleatoria que fue distribuida porcentualmente por conglomerados de acuerdo al número de habitantes que se encontraban habitando cada comuna. Posteriormente se procedió con la estratificación según el grupo etario, considerando cuatro estratos, el primero de ellos siendo desde los 10 a 19 años, el segundo de los 20 a los 39, el tercero de los 40 a los 59 y el último desde 60 años en adelante. En cada grupo de

edad se estratificó de acuerdo al sexo considerando para ello la distribución establecida por el INEC en el censo 2010.

Para ubicar a los sujetos del estudio dentro del área geográfica se realizó un proceso aleatorio de las viviendas del cantón Nabón, en donde se definió la respectiva información a levantar de acuerdo con los estratos de edad y sexo. En caso de que la vivienda que se haya seleccionado no cuente con los parámetros anteriormente expuestos o ya haya sido visitada por otro miembro del proyecto, se seleccionó una de acuerdo al criterio de vecino más cercano, lo que quiere decir que se eligió la vivienda anterior, posterior, o ubicada a su derecha o izquierda.

2.2 Procedimiento de la investigación.

Los instrumentos fueron aplicados durante excursiones de un día realizadas por los estudiantes de las carreras de Psicología Clínica y Medicina de los octavos y segundos ciclos respectivamente, miembros del proyecto de investigación de la Universidad del Azuay.

Al llegar al cantón Nabón se distribuyeron parejas con un miembro representante de cada carrera, a los cuales se les asignó los instrumentos por paquetes según la cantidad de individuos a encuestar de acuerdo con la muestra que corresponde a cada comunidad visitada. Una vez que las parejas se encontraron en las comunidades respectivas, estas procedieron a realizar la aplicación de acuerdo al criterio de vecino más cercano; empezaron por definir el grupo etario, posterior a esto se procedió a brindar la explicación y firma del consentimiento informado, en caso de ser menores de edad, este consentimiento fue firmado por el tutor legal que en el momento de la realización se encontraba con el individuo.

2.3 Consideraciones éticas

Las personas que participaron en la investigación firmaron el consentimiento informado en el que se describe el objetivo de la investigación, el tiempo aproximado, la cláusula de confidencialidad, también se recalca que la misma es voluntaria y que la persona tiene derecho a no responder preguntas que le produzcan incomodidad. Así mismo se identifica a la persona que conduce la investigación y se proveen datos de contacto en caso de tener alguna duda. (Anexo 1)

2.4 Instrumentos

- Una ficha de identificación con las variables demográficas: género, edad, estado civil, instrucción, situación laboral actual, migración de un miembro del grupo primario, residencia. (Anexo 1)
- El MINI está dividido en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría. Al comienzo de cada módulo se presenta en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios. El test MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, (coeficiente alfa de Cronbach=,93) y que la sensibilidad y especificidad es buena (Kappa=,74). Este test evaluó la presencia o no de depresión mayor, con presencia o no de síntomas melancólicos.
- Dentro de los criterios del apartado de episodio depresivo mayor tenemos la presencia de sentimientos de depresión o decaimiento la mayor parte del día, casi todos los días, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban por al menos dos semanas.
- En las últimas 2 semanas mientras el paciente se sentía deprimido, presentó dificultad para dormir casi todas las noches, aumento o disminución de peso

casi todos los días, hablaba o se movía más lento de lo usual, sentimientos de fatiga o sin energía, sentimientos de culpable o inutilidad, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, en algunas ocasiones sintió el deseo de hacerse daño, pensamientos suicidas o deseo estar muerto.

- Para diagnosticar la presencia de un episodio depresivo mayor recidivante, se pregunta al participante si en el transcurso de su vida, tuvo períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo problemas de los que se habló previamente en la encuesta y si esta pérdida de interés ocurrió entre dos episodios depresivos.

Para diagnóstico de episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos se preguntó al paciente si durante el periodo más grave de un episodio depresivo, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban, o cuando algo bueno le sucede, no lograba hacerle sentir mejor, aunque sea temporalmente (Anexo 2).

3 Análisis de los datos

Al finalizar el proceso de recolección de datos, los datos fueron analizados mediante el uso del software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 21. Se realizó el análisis descriptivo de cada una de las variables de estudio. Además, se utilizó el Chi Cuadrado (χ^2) para datos categóricos, entre la variable de trastorno depresivo y los factores sociodemográficos (cohabitación, estado civil, etnia, género, edad, escolaridad, ocupación, migración, antecedentes familiares de enfermedad mental, deuda familiar, discriminación, actividad física, afección psicológica por la pandemia Covid-19, disfuncionalidad familiar, y consumo problemático de alcohol). La recopilación de los datos se realizó desde el mes de noviembre del año 2020 hasta el mes de junio del año 2021.

4. Resultados

4.1 Resultados de la investigación.

Se realizó una base de datos con un total de 725 encuestas pertenecientes a personas residentes del cantón Nabón.

A continuación, se realiza una descripción de las variables sociodemográficas del cantón Nabón más destacadas con n=725 (100%)

Tabla 1: Descripción de variables género, etnia e instrucción en la población del cantón Nabón, año 2021.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Género	Masculino	238	32,8
	Femenino	487	67,2
Etnia	Mestizo	495	68,3
	Indígena	219	30,2
	Blanco	8	1,1
	Otras	3	0,4
Instrucción	Educación básica incompleta	255	35,2
	Bachillerato completo	151	20,8
	Educación básica completa	113	15,6
	Sin escolaridad	94	13,0

	Bachillerato incompleto	74	10,2
	Nivel superior completo	28	3,9

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 2: Descripción de variables estado civil, migración familiar, deuda familiar y discriminación en la población del cantón Nabón, año 2021.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	Casado	368	50,8
	Soltero	185	25,5
	Unión de hecho	97	13,4
	Viudo	45	6,2
	Divorciado	21	2,9
	Separado	9	1,2
Deuda familiar	Si	337	46,5
	No	388	53,5
Migración familiar	Si	317	43,7
	No	408	56,3

Ha sufrido discriminación	Si	317	43,7
	No	408	56,3

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De las características sociodemográficas sobresalió lo siguiente; hay un predominio del sexo femenino, en cuanto a la etnia, los mestizos e indígenas representan un 98,5%. La instrucción escolar básica incompleta (35,2%) y completa (20,8%) sobresalieron. En cuanto al estado civil se halló un 50,8% de pacientes casados, 25,5% solteros y 13,4% con unión de hecho. Un 46,5% presentó deuda familiar, un 43,7%, migración familiar interno y/o externa, y finalmente un 43,7% ha sufrido algún tipo de discriminación a lo largo de su vida.

Gráfico 1. Prevalencia Trastorno Depresivo Mayor

Se observa un 9,5% (n=48) de participantes que puntuaron positivo para Trastorno depresivo mayor (TDM).

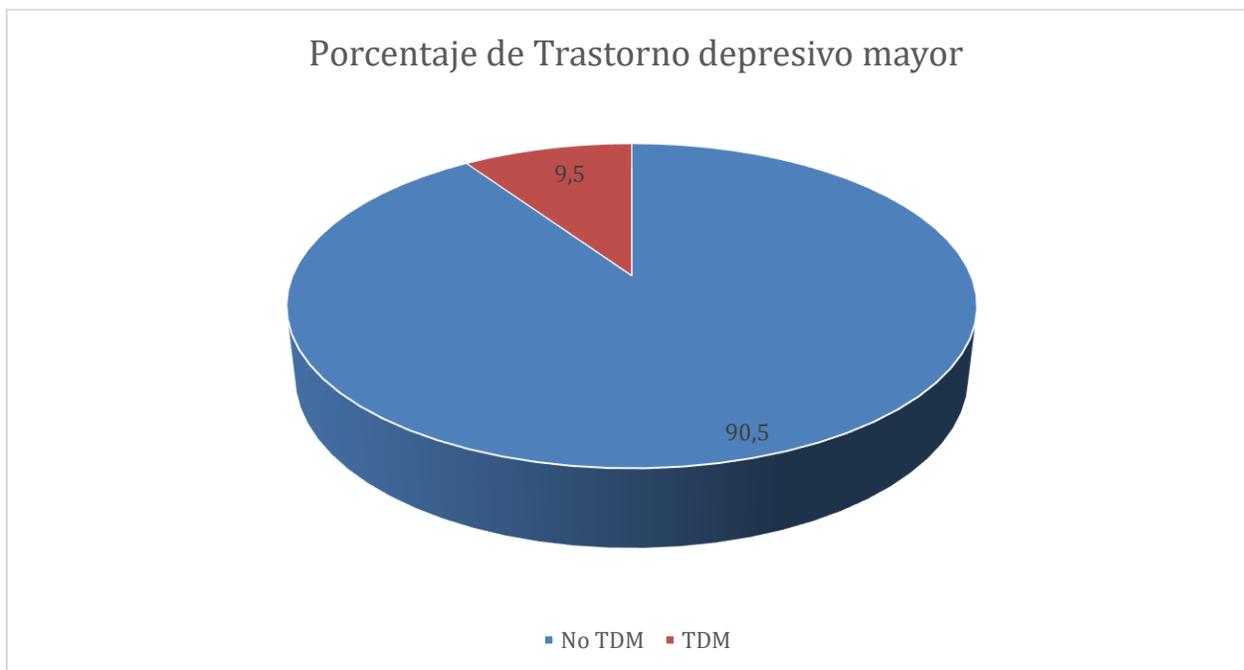
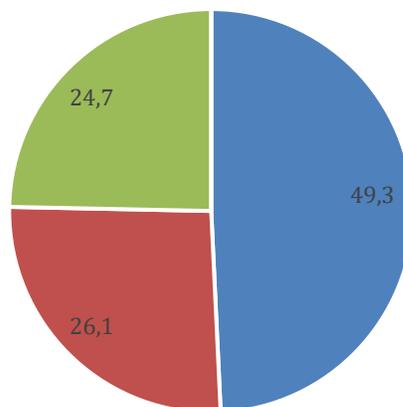


Gráfico 2. Distribución de pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM)

Los pacientes que puntuaron positivo para trastorno depresivo mayor (TDM) se distribuyeron de la siguiente manera: episodio depresivo actual con un 49,3 % (n=34), episodio depresivo pasado 26,1% (n=18) y episodio depresivo recurrente un 24,6% (n=17).

Los pacientes que cursan con Trastorno depresivo mayor actual, en ningún momento recibieron un diagnóstico ni mucho menos un tratamiento tanto para episodios actuales o pasados.

Distribución en porcentaje (%), de pacientes con TDM



■ Actual ■ Pasado ■ Recurrente

Tabla 3: Factores asociados a la depresión establecida en pacientes adultos del cantón Nabón.

Variable	TDM		Estadísticos			
	No.	%	Chi 2	P	OR	IC 95%
<i>Soltero, separado, viudo, divorciado</i>	12	17,4	11,311	0,001	0,346	0,182 0,658
<i>Etnia indígena</i>	18	26,1	0,614	0,433	0,799	0,455 1,402
<i>Género mujer</i>	48	69,6	0,198	0,656	1,130	0,660 1,935
<i>Edad 25 a 45 años</i>	25	36,2	0,484	0,487	0,833	0,498 1,394
<i>Sin educación - básica completa</i>	44	63,8	7,462	0,006	2,025	1,211 3,387
<i>Dueño de casa, en formación, cambio de actividad, cesante, jubilado</i>	13	18,8	3,163	0,075	0,569	0,304 1,065
<i>Migración familiar</i>	43	62,3	10,716	0,001	2,306	1,383 3,844
<i>Familiar con tratamiento de enfermedad mental</i>	16	23,2	3,350	0,067	1,740	0,956 3,167
<i>Deuda familiar</i>	41	59,4	5,131	0,024	1,781	1,075 2,949
<i>Ha sufrido discriminación</i>	28	40,6	14,051	0,000	2,611	1,558 4,376
<i>Disfuncionalidad familiar</i>	7	10,6	0,864	0,353	1,494	0,637 3,503
<i>Consumo problemático de alcohol (AUDIT 15 y más)</i>	3	4,3	4,940	0,026	4,214	1,024 16,685

* Prueba de chi cuadrado de Pearson. Asociación estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$

IC95: intervalo de confianza del 95%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En la tabla número 3 se observan aquellos factores asociados a depresión mayor una asociación estadísticamente significativa, aquellos son:

Se encontró que quienes no tienen ningún grado de escolaridad o han cursado hasta el décimo de básica tienen dos veces más riesgo de padecer depresión que los que no tienen escolaridad completa (p 0,006) y un OR de 2,025 (IC 1,211-3,387). Se evidenció una asociación significativa en aquellos pacientes que han experimentado migración familiar (p 0,001) con un OR de 2,306 (IC 1,383-3,844), de igual manera aquel grupo de personas que presentan una deuda familiar (p 0,024) con un OR de 1,781 (IC 1,075-2,949).

Finalmente, un consumo problemático de alcohol (p 0,026) con un OR de 4,214 (IC 1,024-16,685), se presenta como factor de riesgo para el trastorno depresivo mayor de 4,2 veces más que aquellos individuos que no presentan esta característica.

5. Discusión

La salud mental representa un elemento indispensable para cualquier individuo, ya que al igual que el bienestar físico, se enmarca dentro del concepto integral de persona saludable. A día de hoy, la depresión representa un grave problema de salud tanto local como global ya que los síntomas que presenta interfieren con un correcto desarrollo del individuo dentro de la comunidad en la cual vive.

En este proyecto de investigación el enfoque fue el de establecer la prevalencia de la depresión mayor en el cantón rural Nabón y sus factores

asociados, con un total de 725 encuestas realizadas. Esta investigación identificó un 9,5% de personas con trastorno depresivo mayor, ya sea esta actual, pasado o recurrente.

En un estudio realizado en Tarragona, España por Aragonés- Gutiérrez y otros (2005) con una muestra de 350 participantes mayores de edad, se estableció una prevalencia ponderada para depresión mayor de 14,7%, donde un bajo nivel educativo fue un factor predisponente que permitió distinguir al grupo con depresión mayor del no deprimido (26), similar a esta investigación, donde aquellos pacientes con un grado académico de primaria completa o nulo, presentó una asociación estadísticamente significativa para la aparición de trastorno depresivo mayor. Estos rasgos similares se podrían explicar por el hecho de que estos individuos tienen menos herramientas cognitivas que les permitan un buen manejo del estrés, además de los signos y síntomas que esta acarrea en la vida diaria.

En un estudio realizado en la población rural del centro de Tabasco, México, donde se aplicó la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y el AUDIT, el consumo problemático de alcohol se correlacionó significativamente para la aparición de trastornos mentales como ansiedad generalizada y depresión (27), resultados que coinciden con el proyecto presentado, dado que el momento en el cual se sobrepasan los límites del consumo, se genera una serie de problemas a nivel orgánico, afectando el comportamiento, la frecuencia cardíaca y respiratoria, así como a nivel neurológico se da una reducción de la serotonina, neurotransmisor químico

cerebral implicado en la depresión, agudizando el cuadro depresivo y afectando las relaciones personales, familiares, sociales y laborales.

Se realizó un estudio en la ciudad de Santiago, Chile en 10.900 hogares donde se encontró una asociación significativa entre la aparición de cuadros depresivos en aquellos pacientes que se encuentran sobreendeudados y aquellos que poseen niveles de endeudamiento de moderado a alto (28). Estos resultados coinciden con los observados en este proyecto de investigación ya que mientras mayor sea el porcentaje de ingresos destinados a pagar la deuda familiar, mayores serán los síntomas depresivos presentados tanto en intensidad como en frecuencia.

En un estudio desarrollado por Rueda y Díaz en Bucaramanga, Colombia, se encontró una prevalencia para depresión y episodios depresivos de 11,2% con una muestra de 1505 adultos, comparado con un 9,5% del presente estudio. De igual manera en este trabajo colombiano se analizaron factores de riesgo para depresión mayor, entre los que destacan baja escolaridad, intento suicida previo, problemas laborales, problemas familiares, factores similares a los encontrados en este estudio con relevancia estadística y desarrollado en un contexto similar al de este trabajo de titulación. Son estudios similares tanto en la prevalencia como en los factores asociados, cabe recalcar también que ambos estudios se los realizó en poblaciones rurales, lo cual da cuenta de cómo las poblaciones se desenvuelven en entornos similares, así como el desarrollo de patologías bajo un contexto similar.

En un trabajo de investigación realizado en la ciudad de Cúcuta, Colombia en el año 2020 se analizaron los factores sociales que afectan en la salud mental en las familias de migrantes, principalmente aquellas personas mayores de edad que integran el núcleo familiar. Se enunció la migración familiar tanto interna como externa como un determinante significativo para la aparición de síntomas depresivos (29), factor de riesgo hallado de igual manera en este trabajo de investigación. En este sentido la desintegración familiar, es el factor más importante ya que acarrea sentimientos de tristeza, desolación, temor en todos los integrantes de la familia, así como una alteración emocional significativa de los miembros que afrontan la migración de un familiar cercano.

En un estudio realizado en Portoviejo, Ecuador por Montalvo-Perero y otros (2021) en el cual se contó con un total de 114.239 registros, se observó una prevalencia de 8,6% para trastorno depresivo mayor en personas jóvenes, adultos y adultos mayores perteneciente tanto a zona urbana como rural. Colectivamente dichos resultados demuestran una alta prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor en la población de Portoviejo, y sus factores asociados fueron el sexo masculino, estado civil soltero, joven y residente de la zona urbana, en contraste con esta investigación, ya que el estado civil si representa un factor de asociación para la presencia de depresión mayor, sin embargo, el 50,8 % de la muestra fueron casados, un 25,5 % fueron solteros y un 13,4% permanecían en unión de hecho. Además, cabe recalcar que este estudio se realizó en una zona rural, lo cual representa un distinto contexto con respecto al trabajo antes mencionado. (30)

En un estudio realizado en Envigado, Colombia por Salas-Aguilar y otros (2017) con un total de 905 participantes se encontró una prevalencia para trastorno depresivo mayor de 13,5% para depresión mayor (28). Al igual que este estudio se evaluaron factores sociodemográficos, de los cuales el abuso de drogas diferentes al alcohol, resultaron determinantes para la aparición de este trastorno. Al contrario de esta investigación ya que aquellos pacientes que presentaron problemas con el alcohol, tienen una mayor predisposición de padecer depresión mayor y no se reportó la utilización de drogas ilícitas en los participantes del presente estudio.

En el cantón Biblián, año 2021 Cajamarca y Muñoz, realizaron un estudio el en busca de la prevalencia y factores asociados para depresión mayor en adultos mayores (≥ 65 años), donde se estableció una prevalencia establecida de 33,5%, muy por encima del 9,5% establecido en el presente estudio. En cuanto a los factores de riesgo asociados similares al presente estudio se destaca una escolaridad básica/nula, por otra parte, factores como la viudez, problemas del sueño, el estar enfermo y la pérdida de un ser querido/amigo cercano en el último año son los factores determinantes en el estudio realizado en Biblián, cabe recalcar que representan estudios distintos, por el enfoque en un solo grupo etario y por las múltiples comorbilidades que presentan la totalidad de los participantes.

6. Conclusiones

La prevalencia encontrada en el cantón Nabón en el año 2021 para trastorno depresivo mayor es de 9,5% de la muestra tomada. Del grupo de encuestas

que puntuaron para trastorno depresivo mayor (TDM) se distribuyeron de la siguiente manera: episodio depresivo actual con un 49,3 % (n=34), episodio depresivo pasado con un 26,1% (n=18) y episodio depresivo recurrente un 24,6% (n=17). La escolaridad básica/nula, migración familiar, deuda familiar presentan 2 veces más riesgo de presentar depresión mayor, mientras que para aquellos que presentan un consumo problemático de alcohol tienen un 4,2 veces más riesgo de presentar depresión mayor que aquellos que no presentan esta característica.

7. Recomendaciones

- Se recomienda a los médicos generales y familiares que forman parte de la atención primaria en salud que se realice un screening para depresión mayor en aquellos pacientes con factores de riesgo, para de esta forma realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Es recomendable implementar medidas de promoción y prevención en las distintas parroquias del cantón Nabón, ya sea mediante charlas o talleres donde se resalta la importancia de una adecuada salud mental entre sus habitantes, así como la existencia de trastornos como la depresión.
- Es importante realizar un seguimiento adecuado para aquellos pacientes que tienen diagnóstico o antecedentes de depresión, para de esta manera intervenir o referir de manera oportuna.
- Se recomienda la promoción de nuevas investigaciones en salud mental, especialmente en zonas rurales del Ecuador, aplicando cuestionarios que

abordan otros aspectos de la depresión mayor, para de esta manera suplir las necesidades de la población en cuanto a salud mental.

8. Referencias bibliográficas

1. Etienne C. Mental health as a component of universal health. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e140. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.140>
2. Dicciomed: Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico [Internet]. Usal.es. [citado el 2022 Octubre 2]. Disponible en: <https://dicciomed.usal.es/palabra/depresi%C3%B3n>.
3. Carranza Esteban, Renzo Felipe, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS ASOCIADOS EN ESTUDIANTES Y LÍDERES UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA Apuntes Universitarios. Revista de Investigación, núm. 2, julio-noviembre, 2018, pp. 79-90 Universidad Peruana Unión San Martín, Perú.
4. Cobo J. El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación [Internet]. Psiquiatria.com. [citado el: 2022 agosto 17]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/trabajos/268.pdf>
5. Cooper R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fifth edition. Londres, Inglaterra: Routledge. Ltd.; 2019. p. 103–10.
6. Berenzon S, Lara M, Robles R, Medina. Depresión: Estado del Conocimiento y la necesidad de políticas públicas y Planes de Acción en México [Internet]. Salud Pública de México. 2017 [citado el: 2022Jun22]. 55(1):74–80. Disponible en: <https://scielosp.org/article/spm/2013.v55n1/74-80/es/>
7. Bretón M. Base Bioquímica y neuroanatomía de la Depresión [Internet]. NeuroClass. 2022 [citado el: 2022Aug12]. Disponible en: <https://neuro-class.com/base-bioquimica-y-neuroanatomia-de-la-depresion/>
8. Cordero S, Trías F, De Revisión A. Neurobiología de la depresión [Internet]. Medigraphic.com. [citado el: 2022Agosto17]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2009/rmn096j.pdf>
9. Pena I. LA DEPRESIÓN. LA DEPRESIÓN Información para pacientes, familiares y allegados [Internet]. 2014Nov2 [citado el: 2022May23];1:20–8. Disponible en: <https://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/La-depresion-Informacion-para-pacientes-y-allegados.pdf>
10. 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 Normalización; 2017. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

11. Velez P, Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2021 [citado el: 2022Jul23]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
12. Saloni D, Max R (2021) - "Mental Health". *Published online at OurWorldInData.org*. Retrieved from: 'https://ourworldindata.org/mental-health' [Online Resource]
13. Cardenas J, Depresión [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2020 [citado el: 2022sep22]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
14. Ortega M, Factores de riesgo y protección de la depresión infantil [Internet]. 2019 [citado el: 2022Jul5]. Disponible en: https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1962/1/Ortega_Osorio_Macarena_TFG_Psicologa.pdf
15. Martínez M. Trastornos Depresivos en niños Y Adolescentes [Internet]. Anales de Pediatría Continuada. Elsevier; 2017 [citado el: 2022Oct3]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-trastornos-depresivos-ninos-adolescentes-S1696281814702070>
16. Rebeca L, Dueñas G, Sergio M, et al. Procesos cognitivos en pacientes con depresión: efecto del tratamiento con antidepresivos [Internet]. 2017Jun24 [citado el: 2022Jun2];1:819. Disponible en: http://repositorio.cucba.udg.mx:8080/xmli/bitstream/handle/123456789/4855/Garibay_Duenas_Rebeca_Maycell.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=En%20conclusi%C3%B3n%2C%20la%20depresi%C3%B3n%20mayor,el%20pensamiento%20y%20los%20sentimientos.&text=Se%20considera%20que%20la%20depresi%C3%B3n,L%C3%B3pez%20e t%20al%2C%202004
17. Aragonès E, Gutiérrez M, Pino Fortuny M, Luque C, Cervera J, Garreta I. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2001;27(9):623–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656701788701>
18. Sánchez R; Díaz L; Rueda-J, Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga (Colombia) *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 37, núm. 2, abril-junio, 2018, pp. 159-168 Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá, D.C., Colombia, Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80611196002.pdf>
19. Cajamarca M, Muñoz C. Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor del centro urbano del cantón Biblián 2020. [Internet]. Universidad

- del Azuay; 2022 [citado el: 2022Jun12]. Disponible en: <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/11508/1/17041.pdf>
20. Martina M, Ara M, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscocoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *An Fac med.* 2017;78(4):393-7 DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259>
21. Calderón M. D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Medica Hered* [Internet]. 2018 [citado el: 2022 mayo15];29(3):182, Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009
22. Mitchell C. OPS/OMS (Internet): Día Mundial de la Salud mental: La Depresión es el trastorno mental más frecuente [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [citado el: 2022Sep14]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0
23. Hennis A, La Carga de los trastornos mentales en la región de las américas. Paho home [Internet]. 2019 [citado el: 2022Jun21]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9\[GRC\]GRC](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9[GRC]GRC)
24. Elgueta M, Latinoamérica: Cultura, sabor y depresión - GRC-salud [Internet]. GRC. GRC-Salud; 2019 [citado el: 2022Jun14]. Disponible en: <https://www.grcsalud.com/blog/latinoamerica-cultura-sabor-y-depresion>
25. Shear K, Reynolds C, Simon N; UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/bereavement-and-grief-in-adults-clinical-features?search=undertreatment%20of%20people%20with%20major%20Psychological%20distress%20in%2021%20countries&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
26. Cano A; Salguero J; Mae Wood; Dongil C, Esperanza; Latorre E, José Miguel LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA:PREVALENCIA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO Papeles del Psicólogo, vol. 33, núm. 1, enero-abril, 2018, pp. 2-11 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77823404001>
27. Rivas V, Rodríguez C. M, Arias M, Carrillo L, González J. Relación del consumo de alcohol y trastornos mentales en habitantes de una población rural. *Investigación y Ciencia* [Internet]. 2016;24(67):71-77. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67446178010>

28. Hojman, D., Miranda, Á., Ruiz-Tagle, J. (2016). *Debt trajectories and mental health*. *Social Science & Medicine*, 167, 54–62. doi:10.1016/j.socscimed.2016.08.027 10.1016/j.socscimed.2016.08.027
29. Archbod T. Comunidades & Colecciones [Internet]. Afectaciones sociales producidas por la desintegración familiar, que inciden en la salud mental de las familias venezolanas migrantes, del municipio de Cúcuta, durante los años 2020-2021, Repositorio Universidad Simón Bolívar. 2021 [citado el: 2022Sep15]. Disponible en: <https://bonga.unisimon.edu.co/>
30. Salas, C., Aguilar, M., Giraldo, T., Muñoz, M., Torres, A., Uribe, A., & Uribe, A. (2021). Depresión mayor en población general de Envigado (Colombia): prevalencia y factores asociados. *Rev. CEPsico*, 14(3), 117-133. <https://dx.doi.org/10.21615/cesp.5283>
31. Montalvo, J, Perero M. "Prevalence of Major Depressive Disorder in Portoviejo, Ecuador." *Prevalence Of Major Depressive Disorder In Portoviejo, Ecuador* *Prevalencia Del Trastorno Depresivo Mayor En Portoviejo, Ecuador*, 1 Nov. 2021, <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2021/05/2631-2581-rneuro-30100057.pdf>.

9. ANEXOS

ANEXO 1

Ficha Demográfica

INFORMACIÓN GENERAL.

Ficha

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

Nombre del entrevistador.....

Comuna

1.- ¿A que raza pertenece?

1 <input type="checkbox"/> indígena	2 <input type="checkbox"/> mestiza.	3 <input type="checkbox"/> blanca.	4 <input type="checkbox"/> otra
-------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

2.- Género

1 <input type="checkbox"/> masculino	2 <input type="checkbox"/> femenino	3 <input type="checkbox"/> Otro
--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

3.- Edad: _____ años cumplidos

4.- Años de estudio

1 <input type="checkbox"/> Sin escolaridad	6 <input type="checkbox"/> nivel tecnológico (años aprobados)
2 <input type="checkbox"/> < 10 - educación básica incompleta	7 <input type="checkbox"/> nivel superior completo (años aprobados – completo)
3 <input type="checkbox"/> 10 - educación básica incompleta	8 <input type="checkbox"/> nivel postgrado
4 <input type="checkbox"/> < 3 bachillerato incompleto	
5 <input type="checkbox"/> 3 - bachillerato completo	

5.- ¿Quiénes viven con usted? Pueden señalar todos los que están en la lista y poner en otros si falta alguien.

1 <input type="checkbox"/> Vive con ambos padres y hermanos
2 <input type="checkbox"/> Vive con su esposo (a) pareja
3 <input type="checkbox"/> Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.)
4 <input type="checkbox"/> Vive sólo con el padre o la madre
5 <input type="checkbox"/> Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos
6 <input type="checkbox"/> Vive solo
7 <input type="checkbox"/> Vive con amigos (as)
8 <input type="checkbox"/> Vive con tíos y/o abuelos
9 <input type="checkbox"/> Otros indicar con quienes.....

6.- Estado civil actual:

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

¿Vive con su pareja? Si No

7.- ¿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 (estuvo trabajando)
4 <input type="checkbox"/> dueña de casa (sin actividad laboral)	9 <input type="checkbox"/> jubilado/a
5 <input type="checkbox"/> estudiante	10 <input type="checkbox"/> otro: _____

¿Cuántas personas viven en su hogar incluido/a usted?

8.- ¿Tiene un familiar directo que ha migrado?

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

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

9.- Identifique quien migro y el tiempo

1 <input type="checkbox"/> padre.
2 <input type="checkbox"/> madre
3 <input type="checkbox"/> ambos padres
6 <input type="checkbox"/> esposo (a) pareja
7 <input type="checkbox"/> hermanos
8 <input type="checkbox"/> abuelos o tios
9 <input type="checkbox"/> otros indicar quienes.....

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

10.- Algún miembro de la familia ha recibido tratamiento médico por alguna enfermedad mental

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

11.- Endeudamiento

Tiene deudas la familia en el caso que la respuesta sea Sí, elija cuantos miembros están endeudados

Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número de miembros
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------

De todos los ingresos, cual es el porcentaje destinado a pagar la deuda

<p>1 <input type="checkbox"/> menos de la cuarta parte</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Cuarta parte</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mitad</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Más de la mitad</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Todo</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Necesita más dinero</p>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">Sí <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px 10px;">No <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		

¿Por qué causa o motivo usted se ha sentido discriminado o excluido?

<p>1 <input type="checkbox"/> Etnia</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Discapacidad</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Urbano – rural</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Religión</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Otros Especifique</p>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">Sí <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px 10px;">No <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		

13.- Realiza actividad física o ejercicio programado

¿Qué tiempo dedica a la actividad física o ejercicio?

1 <input type="checkbox"/> Inferior a 30 minutos al día (2 o 3 veces por semana cuando no es todos los días)	2 <input type="checkbox"/> Igual o Superior a 30 minutos al día
--	---

¿Cuál es la intensidad de la actividad física?

1 <input type="checkbox"/> Leve	2 <input type="checkbox"/> Moderado	3 <input type="checkbox"/> Intensa
---------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

Anexo 2

MINI instrumento de evaluación

Episodio depresivo mayor

(➡ SIGNIFICA: IRA LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR 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	10
	NO	SÍ	11
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE			

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?

- 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

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

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

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (**A3 = SÍ**), EXPLORARLO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2 ?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b ?	➡ NO	SÍ	

A6		Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:			
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE **A6**?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	