



Universidad del Azuay

Facultad de Psicología

Escuela de Psicología clínica

**“DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN
EL CANTÓN GUALACEO.”**

Tesis previa a la obtención del título en Psicología Clínica.

Autoras:

Mayte Cabrera Astudillo; Paula Rodríguez Heredia.

Director(a):

Psc. Clínica. Yolanda Dávila Pontón PhD.

Cuenca – Ecuador

2023

DEDICATORIA I

Dedico este proyecto de grado a mi familia y amigos más cercanos quienes siempre han creído en mí y se han sentido orgullosos del esfuerzo que he dado durante todo este proceso, hago una dedicatoria también a los profesores que han realizado un trabajo digno y me han guiado con los mejores conocimientos que en futuro me servirán.

Paula Doménica Rodríguez Heredia

DEDICATORIA II

Dedico el presente trabajo de investigación a mis padres Pedro y María quienes han sido mi pilar fundamental puesto que me dieron los recursos para poder lograrlo y también el apoyo incondicional brindado, a mi hermana que es mi mejor amiga y el mejor regalo que me dieron mis padres, mis amigas que han estado presentes en los mejores y peores momentos de mi vida y que junto con mi familia son personas más importantes.

Mayte Emilia Cabrera Astudillo

AGRADECIMIENTO I

Agradezco a mi familia la cual me ha dado todo el apoyo tanto emocional como económico para poder llegar a este punto. A mi abuelo por todos los consejos sabios que me dieron motivación para poder avanzar y dar el mejor esfuerzo. A mi tía por darme apoyo siempre que lo he necesitado y por el esfuerzo para que yo pueda salir adelante. A mi madre por acompañarme durante todo el proceso, por darme todo lo que he necesitado y la confianza para seguir avanzando, y superarme más cada día. A mi padre por las enseñanzas y el estar pendiente.

Paula Doménica Rodríguez Heredia

AGRADECIMIENTO II

Agradezco a mi familia por el apoyo que me han brindado a lo largo de mi carrera profesional y ayudarme a cumplir este sueño, de igual manera a la profesora Yolanda Dávila por guiarnos de la mejor manera y a la Universidad del Azuay por financiar esta investigación.

Mayte Emilia Cabrera Astudillo

RESUMEN

El trastorno depresivo es uno de los más comunes e incapacitantes; afecta de manera cognitiva, psicológica y física, por lo que es importante que sea detectado y tratado por profesionales. Nuestra investigación tuvo como objetivo cuantificar la prevalencia del trastorno depresivo y analizar los factores que se encuentran asociados. El cantón Gualaceo fue en donde se realizó este estudio de tipo transversal – analítico. La muestra estuvo conformada por 838 individuos (M/F). Participaron individuos mayores de 19 años en adelante. Se utilizaron los siguientes instrumentos: La entrevista neuropsiquiatría (MINI) modulo A, FFSIL, Audit y una ficha sociodemográfica. El 18.4% de individuos presentaron episodio depresivo mayor actual, 0.7% recurrente y un 80.9% sin ningún episodio depresivo mayor. El trastorno depresivo se encontró asociado a las variables discriminación, estado psicológico afectado por la pandemia, con el test AUDIT de adicciones, etnia, familia disfuncional, escolaridad y vivir sin compañía.

Palabras Claves: Depresión mayor, Población rural, Prevalencia, Salud mental.

ABSTRACT

Depressive disorder is a very common and disabling disorder. It affects cognitively, psychologically and physically, it is important that it is detected and treated by professionals. Our research seeks to quantify the prevalence of depressive disorder and analyze the factors that are associated with it. Gualaceo was the area where this cross-sectional-analytical study was carried out. The sample consisted of 838 individuals (M/F). The participants were 19 or older. The following instruments were used: the neuropsychiatric interview (MINI) module A, FFSIL, Audit and a sociodemographic file. 18.4% of individuals presented current major depressive episodes, 0.7% recurrent and 80.9% without any major depressive episode. Depressive disorder was found to be associated with: discrimination, psychological state affected by the pandemic, AUDIT addiction test, ethnicity, dysfunctional family, schooling, and living without company.

Keywords: Depression, Dysthymia., Mental health, Prevalence, Rural population



Este certificado se encuentra en el repositorio digital de la Universidad del Azuay, para verificar su autenticidad escanee el código QR

Este certificado consta de: 1 página

Índice

INTRODUCCIÓN	- 1 -
CAPÍTULO I	- 3 -
1. Historia de salud mental y depresión.....	- 3 -
1.2 La depresión	- 4 -
1.3 Trastorno depresivo mayor	- 5 -
1.4 Grados de la depresión.....	- 6 -
1.5 Causas de la depresión.....	- 7 -
1.6 Intervención y tratamiento	- 8 -
1.6.1. Tratamiento farmacológico.....	- 8 -
1.6.2 Tratamiento cognitivo conductual	- 9 -
1.6.3 Tratamiento interpersonal.....	- 9 -
CAPÍTULO II.....	- 10 -
2. Metodología	- 10 -
2.1 Tipo de estudio.....	- 10 -
2.2 Área de estudio	- 10 -
2.3 Población y muestra	- 10 -
2.4 Instrumentos	- 10 -
2.5 Consideraciones estadísticas y plan analítico	- 12 -
2.6 Consideraciones éticas	- 12 -
CAPÍTULO III	- 13 -
Resultados.....	- 13 -
<i>Tabla 1</i>	- 13 -
<i>Tabla 2</i>	- 19 -
<i>Tabla 3</i>	- 20 -
Discusión	- 22 -
Conclusiones:	- 25 -
Recomendaciones prevención y promoción de salud mental:	- 25 -
REFERENCIAS	- 26 -
Anexos.....	- 29 -
Anexo 1.....	- 29 -
Ficha Sociodemográfica.....	- 29 -

Anexo 2.....	- 33 -
Cuestionario MINI Mental	- 33 -
Anexo 3.....	- 35 -
Consentimiento Informado.....	- 35 -
Anexo 4.....	- 37 -
AUDIT	- 37 -
Anexo 5.....	- 38 -
FFSIL	- 38 -

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de Salud estiman que un 3,8% de la población padecen de depresión siendo el 5% adultos y 5,7%, adultos de 60 años en adelante, es decir, alrededor de 280 a 300 millones de personas en el mundo sufren de este trastorno. Se estima que las mujeres se ven afectadas en mayor medida debido a que presentaron mayores síntomas de vulnerabilidad asociados al estrés o, incluso, las hormonas femeninas juegan un gran papel en los estados de ánimo (Corea, 2021). La depresión está relacionada con varios factores tanto sociales, familiares como interpersonales. Muchos de ellos cambian a lo largo de la vida, de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentra el individuo.

La Organización Panamericana de Salud, en el proyecto al que se le conoce como HEROES, mostró que entre el 14,7% y el 22% de los entrevistados en 2020 evidenciaron síntomas asociados a rasgos depresivos, mientras que, el 5% al 15%, afirmó querer suicidarse. En América latina y el Caribe, se dio un desequilibrio, aumentando el porcentaje de casos de depresión al 73,9%. El gasto público mediano en salud mental en toda la Región es apenas un 2% del presupuesto de salud y, más del 60% de este dinero, se destina a hospitales psiquiátricos (OPS, 2022).

En Ecuador la prevalencia se considera alta; encontrándose en el décimo primer lugar en América Latina con 4,6% de casos de depresión, afectando en mayor medida a las personas de 60 años en adelante (Erazo y Fors, 2018).

En el cantón Gualaceo no se reportan datos precisos sobre esta patología, por lo que por eso fue importante realizar esta investigación que permitió conocer la prevalencia de la depresión en la población de Gualaceo y sus factores asociados.

Este estudio correspondió a un enfoque cuantitativo y de tipo transversal analítico. El universo estuvo conformado por 38.587 habitantes con una muestra de 838 individuos, los cuales fueron: 546 mujeres, 291 hombres, y uno del apartado otro, entre las edades de 19 a 60 años y más. Los instrumentos utilizados fueron: La entrevista neuropsiquiatría (MINI) modulo A y una ficha sociodemográfica en la que se indago: etnia, género, edad, años de estudio, convivencia, migración de algún familiar, enfermedad mental de algún familiar, discriminación, actividad física, actividad laboral y afectación del estado psicológico durante

la pandemia. La prevalencia de depresión fue del 18.4% con episodio depresivo mayor actual, 0,7% con episodio depresivo mayor actual recurrente y 80.9% sin algún síntoma depresivo; y se encontró asociada a las variables discriminación, estado psicológico afectado por la pandemia, con el test AUDIT de adicciones, etnia, familia disfuncional, escolaridad y vivir sin compañía.

A continuación, se presentan los antecedentes teóricos y empíricos que fundamentan este trabajo de investigación, así como los aspectos metodológicos, procedimientos y resultados de la investigación, para finalmente exponer las conclusiones, recomendaciones y discusión sobre ellos.

CAPÍTULO I

1. Historia de salud mental y depresión

Las enfermedades mentales comparten una historia muy amplia a lo largo del tiempo. Se inició hablando de locura en la literatura sagrada en el libro de Daniel del antiguo testamento, viéndola como una forma de castigo. Después se habla de la teoría humoral de Hipócrates, la cual abarca el equilibrio de los 4 humores relacionados con la naturaleza y a su vez, a las emociones o estados de ánimo de las personas; estos cuatro humores están conectados a cuatro órganos y se representan físicamente por la bilis negra, bilis amarilla, flema y la sangre; explicando así que si uno de los humores se llega a desequilibrar el cerebro también generará problemas (Salaverry, 2019).

En Europa, durante el siglo XIII se dio un gran cambio social y político siendo un evento importante en la historia de las enfermedades mentales, se forjaron los primeros asilos de locos en los cuales generaban tratamientos de restricciones físicas más que con fines curativos, es decir usaban golpes o castigos, les quitaban cosas que ellos consideraban importantes, entre otras prácticas, tratando de generar cambios en sus conductas; también se habla de que los tratamientos muchas de las veces eran inhumanos (una de las prácticas más negligente fue la lobotomía). Los primeros asilos eran manejados por monjas o centros religiosos, y usaban métodos más por tradición que por ciencia como torturas o fuertes castigos conductuales, lo cual no era un aprendizaje o ayuda para los pacientes más bien, eran obligados a aceptar dichos tratamientos que, muchas de las veces, los enfermaba aún más (Foucault, 2016).

Retomando con la ya mencionada teoría humoral de Hipócrates, para poder tener un equilibrio de estos humores, proponían algo cercano a un tratamiento o prevención: como una dieta o ciertas actividades que deberían realizar como, por ejemplo, en invierno los alimentos debían ser ingeridos en mayor cantidad, aquí también tenían que ver los lugares en donde la persona habitaba y los cambios climáticos (García, 2017).

La teoría ya mencionada es importante para la depresión cuando Galeno la ajusta y habla de la disposición emocional y comportamental de las personas, haciendo énfasis en los estados de ánimo como el melancólico que sería el antecesor de lo que hoy en día conocemos como depresión (Grant, 2000). Y aunque se afirma que la melancolía es la base de la

depresión, esta se diferencia por ciertos síntomas como ideas bizarras y persistentes (Foucault, 2016). La tristeza siempre ha estado presente en nuestro medio, siglos después de estas teorías, se muestran estas expresiones de melancolía en el arte.

Con el pasar del tiempo los psiquiatras europeos vieron la necesidad de clasificar las enfermedades mentales, tomando a la melancolía como una de las principales, y después de una serie de opiniones, en el siglo XIX es que se da paso al término depresión, reemplazando al de melancolía. Pero no es sino hasta mediados del siglo XX que el término depresión es uno de los más utilizados debido al manual de trastornos DSM 1 y la CIE 6 (Ban, 2014). Hasta su edición actual el DSM V considera a la depresión como un trastorno del estado de ánimo.

1.2 La depresión

La depresión es una de las afecciones más comunes dentro de nuestro medio, que día a día ha ido incrementando y mucho más en estos tiempos de pandemia, caracterizándose por un estado de tristeza y desánimo, abarcando problemas cognitivos y físicos, en los que es común: la falta de concentración, insomnio o hipersomnias, cambios en los estados de ánimo, etc.; siendo estos los cognitivos y en cuanto a los físicos se da: aumento y disminución de peso, falta de higiene y autocuidado. Se pueden presentar también síntomas somáticos que son vistos como enfermedades de tratamiento médico más no psicológico, que al no ser tratados a tiempo traen consigo consecuencias negativas a corto y largo plazo en el paciente.

Este tipo de patología puede afectar a cualquier persona en cualquier momento de sus vidas, debido a distintos factores ya sea biológicos, sociales, familiares y personales, entre más variedades de contextos que rodean a la persona. Dentro de ciertas investigaciones los índices afirman que los afectados en mayor medida son personas mayores, siendo presente más en mujeres que en hombres por varias circunstancias las cuales serán planteadas a lo largo del capítulo. Algo importante que mencionar sobre la depresión es el cómo influye en la productividad, genera pérdidas a la economía mundial de aproximadamente US\$1 billón anualmente (Corea, 2021).

1.3 Trastorno depresivo mayor

La depresión mayor abarca diferentes síntomas tanto físicos, cognitivos, emocionales y comportamentales. Esta se puede dar por distintos factores pudiendo ser de origen genético, fisiológico, hormonal o incluso factores relacionados con el medio como psicológicos y sociales.

Lo que caracteriza a este trastorno depresivo mayor, es que por lo general están asociadas a sentimientos o situaciones de estrés (Pérez, 2017).

Criterios diagnósticos del DSM-V

A. Cinco o más de los siguientes síntomas han sido presentes durante un periodo de dos semanas, provocando un cambio en el funcionamiento previo: Entre los síntomas principales se presenta: 1) Estado de ánimo deprimido o 2) Pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autor reproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Especificar:

- Con características mixtas.
- Con características melancólicas.
- Con características atípicas.
- Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.
- Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo.
- Con catatonía.
- Con inicio en el parto.
- Con patrón estacional (sólo episodio recurrente)

1.4 Grados de la depresión

El grado de severidad será diferenciada por la severidad de los síntomas presentes en la persona.

- Depresión severa: Lo más notorio de este grado es que el funcionamiento laboral, social y personal está seriamente limitado.
- Depresión moderada: Dificultad para mantener su nivel en ámbitos laborales y sociales, los síntomas pueden ser muy intensos y perturbadores.
- Depresión leve: Mantienen las actividades sociales y laborales, aunque les cueste esfuerzo y sea dificultoso para estas personas.

1.5 Causas de la depresión:

- Factores genéticos: Existe un mayor riesgo de desarrollar depresión mayor cuando se tiene familiares de primer grado los cuales son afectados por dicho trastorno y afectando mayormente a las mujeres con un 42% y varones con 29%. Actualmente se ha demostrado que están involucrados alrededor de 200 genes con trastorno depresivo mayor (Vázquez, 2016).
- En este caso la prevalencia es mayor en mujeres y casi el 50 % del riesgo de padecer depresión se asocia a factores genéticos (Villanueva, 2013). Así mismo, en un estudio realizado por PredicttD en 6 países de Europa y Chile, con la finalidad de conocer el mayor riesgo de la depresión encontró que los siguientes factores: edad, sexo, nivel educativo, problemas psicológicos, salud física; son los que más influyen en los estados de ánimo de los individuos.
- Desempleo: También es una de las causas principales de riesgo de depresión ya que las personas que llegan a estar por varios meses sin trabajo tienen menos accesibilidad a servicios de salud, empiezan los pensamientos negativos y de desesperanza, aumentando los niveles de estrés.
- Relación conyugal: cuando se pierde al cónyuge también se da una desesperanza y sensación de soledad que puede poner en riesgo la estabilidad emocional de la persona que pierde a su ser querido y, mayormente, si carece de apoyo social.
- Efectos psico traumatizantes: los hechos que hayan dejado secuelas traumáticas en una persona aumentan las posibilidades de depresión ya que podría existir conjuntamente con un estrés postraumático, lo que les hace más vulnerables a padecerlo, ya que estos eventos vitales tempranos afectan al sistema del hipotálamo, hipófisis, dando como consecuencia el estrés.
- Maltrato en la niñez: se refiere a un conjunto de sucesos que afectaron en la infancia o desarrollo de la persona y quedan marcados como una experiencia traumática, esta aumenta el riesgo de depresión a largo plazo, también va a depender de la interpretación de dicha experiencia.

- Mujeres maltratadas: las mujeres que son víctimas de maltrato tanto físico como psicológico tienen 6 veces más probabilidades de padecer de depresión y, con el tiempo, afectando también sus relaciones interpersonales y su contexto social
- Duelo: cuando se da la pérdida de un ser querido cercano la persona puede vivenciar un sentimiento de desesperanza que a largo plazo puede llegar a ser un duelo patológico.
- Abuso de alcohol y drogas: estas adicciones van a afectar directamente en la vida de un ser humano en los diferentes ámbitos, se desarrollan distintas afecciones como somnolencia, irritabilidad y ansiedad, llevándolos a una profunda desesperanza y tristeza.
- Conflictos familiares: esta afecta directamente en la energía y motivación de las personas ya que, en muchos de los casos, son ellos los que tienen que asumir un rol que no es correspondido normalmente como el cuidado de hermanos menores o hacer el rol de padre o madre y así compensar tareas que, inicialmente, no les pertenecen.
- Causas psicológicas: factores emocionales que inciden en los primeros años de vida conjuntamente con los rasgos de personalidad del individuo (Piñar, Suárez, y De La Cruz, 2020).

1.6 Intervención y tratamiento

1.6.1. Tratamiento farmacológico

Este se da únicamente en casos de depresión en un grado moderado a severo. Hasta el momento, la mayor cantidad de fármacos que se utilizan tiene acción sobre el sistema monoaminérgico con la finalidad de regular los neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina. Para elegir el tratamiento, sugieren que debe ser diferenciado según las características y sintomatología presentada por el paciente que padece de depresión, los efectos secundarios pueden darse los primeros días de consumo del fármaco. Entre algunos de los fármacos antidepresivos se encuentran la Fluoxetina, Clonazepam, Paroxetina, etc. El tratamiento de un primer episodio depresivo debe durar de 6 y 12 meses después de la remisión de los síntomas para evitar la recurrencia (Pérez, 2017).

1.6.2 Tratamiento cognitivo conductual

El tratamiento cognitivo conductual está enfocado en respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales que se encuentren desadaptadas y su objetivo es que la persona asuma la responsabilidad y sea consciente de las respuestas mencionadas y de la misma manera ejerza control sobre ellas (Ruizet, 2012).

Está demostrado que este es uno de los tratamientos con mayor eficacia a lo largo del tiempo incluso en los trastornos afectivos. Esta terapia tiene como propósito disminuir la intensidad de los síntomas que se presentan y sentimientos de depresión, acortar el tiempo de la depresión, conocer distintas maneras de cómo prevenir el sentirse de esta forma, y también sentir más control sobre la propia vida (González, 2015).

1.6.3 Tratamiento interpersonal

Por lo general este tipo de intervención abarca tres tipos o niveles importantes para tratar la depresión, estos son las estrategias, técnicas y la actitud terapéutica siendo este último un apartado independiente. Para realizar un trabajo óptimo se requiere de tres fases, una de ellas es la fase inicial la cual pretende observar todo el problema y desde ahí plantear objetivos que se realizarán a lo largo de la terapia guiados por el profesional, esta fase también supone una psicoeducación sobre lo que es la terapia interpersonal y cómo es que esta se abordará a lo largo de las sesiones, usando conceptos básicos.

Durante las siguientes fases que son las intermedias, una vez que ya se conoce el problema se trata área en el que se centra y está afectando al paciente en mayor medida, ayudando al paciente a reconocer y restaurar los conflictos personales, determinando el desencadenante del problema que lo aqueja y por último en la fase de terminación en donde es importante una retroalimentación, y reconocimiento del avance (Diéguez, González, y Fernández, 1997).

CAPÍTULO II

2. Metodología

2.1 Tipo de estudio

Esta investigación corresponde a un enfoque cuantitativo y de tipo transversal analítico.

2.2 Área de estudio

Cantón Gualaceo.

2.3 Población y muestra

El universo estuvo conformado por 38.587 habitantes.

La muestra fue polietápica. Del total de la población se procedió a obtener una muestra aleatoria la que fue distribuida porcentualmente por conglomerados de acuerdo al número de habitantes de cada comuna; se estratifico de acuerdo a la edad, para lo cual se consideraron cuatro estratos 19 – 39, 40 – 59 y de 60 y más; a continuación, en cada grupo de edad se estratifico de acuerdo al sexo considerando para ello la distribución establecida por el INEC en el censo de 2010.

Utilizando la fórmula muestral para poblaciones finitas y conocidas con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y una proporción esperada del 50%, el tamaño muestral fue de 838 habitantes, siendo 546 mujeres, 291 hombres y uno de apartado otro, del cantón Gualaceo.

2.4 Instrumentos

1. Ficha de identificación con las variables demográficas: género, edad, estado civil, instrucción, situación laboral actual, migración de un miembro del grupo primario, violencia doméstica, actividad física y funcionamiento familiar.
2. El MINI es una entrevista diagnóstica estructurada que explora los principales trastornos psiquiátricos del DSM-V y el CIE 10, se encuentra dividido en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría, el módulo que evalúa depresión, es el A (Episodio Depresivo Mayor). 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. En caso de que el individuo codifique sí en cinco o más respuestas (del literal A1 al literal A3), significa que presenta un “Episodio depresivo mayor actual”.

Lecrubier (1997) planteó que en los estudios de validez y de confiabilidad, realizados entre calificadores y test – re test se comprueba que la 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) para todos los diagnósticos con la excepción del trastorno de ansiedad generalizada (Kappa=,36), agorafobia (sensibilidad=,59) y la bulimia (Kappa=,53).

El AUDIT, es un test corto que se usa para la identificación de desórdenes asociados al consumo, incluyendo la categoría de consumo problemático esta temporalizado para evaluar los hábitos de consumo de alcohol del último mes. La escala, está conformada por diez ítems, los primeros ocho se contestan a través de una escala Likert de frecuencia que consta de cinco opciones ordenadas en forma ascendente de 0,1,2,3, y 4 los ítems nueve y diez tienen tres opciones que se califican en forma ascendente con 0,2 y 4. El punto de corte para identificar a una persona con consumo de riesgo es un puntaje mayor a 8 puntos, mientras que el puntaje máximo es de 40 puntos (Kriston, Holzel y et al., 2008)

El FFSIL: Es un cuestionario de 14 ítems diseñado para evaluar las relaciones intrafamiliares y su funcionalidad a través de diferentes dimensiones, que resultan de utilidad para conocer la estructura y dinámica de los miembros de la familia. Las dimensiones que evalúa el instrumento son: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y adaptabilidad. Corresponde a una escala tipo Likert de 1 (nunca) a 5 (siempre). El resultado que se obtiene por la suma de los ítems es: de 70 a 42, familia funcional; de 42 a 14, familia disfuncional. La prueba es efectiva desde el punto de vista de su contenido y consistencia interna. Los resultados relativos a la fiabilidad del instrumento son altos, puesto que se ha obtenido un alpha de Cronbach de 0,8. En cuanto a la validez interna el resultado alcanzado del coeficiente Kappa es de 0,75 que es también considerado alto.

2.5 Consideraciones estadísticas y plan analítico

Previo al ingreso en la base de datos, los instrumentos fueron sometidos a una validación de calidad; una vez verificada la coherencia de la información, se vaciaron en una base creada en el programa SPSS portable, versión 21.

Se realizó el análisis estadístico descriptivo de las variables en estudio para establecer las prevalencias de trastornos mentales con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. La asociación se estableció con OR para prevalencias por iguales o menores a 5%, y razón de prevalencias, las que muestran una proporción superior al valor señalado. La significación estadística se estableció con Chi-cuadrado y, un valor p menor a 0,05. Se realizó análisis multivariado para cada trastorno utilizando regresión logística; al modelo ingresaron los factores con asociación estadísticamente significativa.

2.6 Consideraciones éticas

Para la aplicación de cada entrevista se les informó a los participantes que los resultados fueron únicamente para la investigación y el manejo se dio de forma confidencial. Cada uno firmó una ficha de consentimiento en la cual se informó detalladamente la finalidad de la investigación.

CAPÍTULO III

Resultados

Se realizó un estudio transversal con una muestra polietápica de 838 individuos residentes en las comunidades del Cantón Gualaceo, de los cuales, 546 correspondieron al sexo masculino, 291 al femenino y uno al apartado otro. La media de la edad en los hombres fue de 43.4 (DS 18); la mediana fue de 39 para un valor mínimo de 20 y máxima de 90. En las mujeres la media fue de 40.1 (DS 15.1), la mediana de 37 con una edad mínima de 20 y máxima de 87.

Tabla 1

Descripción de las variables sociodemográficas prevalencia en la población rural del cantón Gualaceo Cuenca, Ecuador 2021.

Variables	Frecuencia	%	
Género	Mujer	291	34.7
	Hombre	546	65.2
	Otro	1	0.1
Etnia	Indígena	35	4.2
	Mestizo	779	93.8
	Blancos	17	2.0

	Otro	7	0.8
	Sin escolaridad	35	4.2
	Menos de 10 años de estudios	261	31.1
	10 años de estudios	75	8.9
	Más de 10 años de estudios	59	7
Instrucción	Bachillerato aprobado	227	27.1
	Superior incompleto	69	8.2
	Superior completo	98	11.7
	Posgrados	14	1.7
	Vive solo	97	11.6
	Vive con ambos padres y hermanos	87	10.4
	Vive con padres, hermanos y otros familiares	40	4.8
Vive con	Vive solo con madre y padre	76	9.1

	Vive con pareja	293	25
	Vive con pareja e hijos	11	1.3
	Otros	234	27.9
	Viudo	39	4.7
	Soltero	296	35.3
	Unión de hecho	76	9.1
Estado civil	Separado de hecho	20	2.4
	Divorciado	70	8.4
	Casado	337	42.2
	Estudiante	0	0
	Labora jornada completa	439	52
	Sin actividad laboral	144	17.2
Situación laboral	Trabajo ocasional	81	9.7
	Labora media jornada	111	13.2
	Otros	47	5.6

	Jubilado	16	1.9
	Si	552	65.9
	No	286	24.1
	Interna	21	3.8
	Externa	531	96.2
	Padre	53	9.6
	Madre	17	3.1
Migración familiar	Ambos padres	29	5.2
	Esposo pareja	39	7.1
	Hermanos	260	47.1
	Madre hermanos	5	0.9
	Hijos	73	13.2
	Otros	76	13.8
	Si	132	15.8
Familiar tratamiento enfermedad mental	No	706	84.2

		Si	426	50.8
Estado Psicológico afectado pandemia		No	412	49.2
		Si	357	42.6
Deuda familiar		No	481	57.2
		Menos de la mitad	161	45.1
Ingresos		De la mitad y mas	196	54.4
		Si	225	6.8
Discriminación		No	613	73.2
		Etnia	20	8.9
		Discapacidad	11	4.9
Motivo de la discriminación		Urbano - rural	33	14.7
		Religión	11	4.9

	Otros	150	66.7
	Menos de 30 minutos	183	21.8
Tiempo que dedica hacer ejercicio	Igual o superior 30 minutos	249	29.7
	No realiza ejercicio	406	48.4
Respiración mientras hace ejercicio	Respira normal o aumenta poco	332	76.8
	Respiración rápida	100	23.1

La tabla N. 1 muestra la descripción de las variables sociodemográficas del estudio: género, etnia, instrucción, vive con, estado civil, vive con pareja, situación laboral, ejercicio programado, familiar tratamiento enfermedad mental, estado psicológico afectado pandemia, migración familiar, ha sufrido discriminación y deuda familiar.

Tabla 2

Frecuencia de la prevalencia en la población rural del cantón Gualaceo Cuenca, Ecuador 2022.

Trastorno		Frecuencia	%
Episodio Depresivo Mayor (EDM) N=838 – 100%	Actual	154	18.4
	Recurrente	6	0.7
	Sin EDM	678	80.9

Tabla 3

Relaciones entre las variables sociodemográficas y la prevalencia del trastorno depresivo mayor en la población rural del cantón Gualaceo Cuenca, Ecuador 2022.

Trastorno depresivo mayor	Intervalo de confianza 95%				
	Ch	p	OR	Mínimo	Máximo
Factores de riesgo					
Vivir solo	5.395	0.020	1.760	1.087	2.851
Soltero, separado, viudo, divorciado (*)	0.850	0.357	0.850	0.602	1.201
Etnia indígena	7.502	0.006	2.204	1.237	3.929
Género mujer	0.081	0.776	0.964	0.751	1.239
Sin educación - Básica completa	18.456	0.000	2.137	1.504	3.034
No trabaja - trabaja ocasionalmente	3.177	0.075	1.403	0.966	2.037

Migración familiar	2.022	0.155	1.312	0.902	1.909
Familiar con tratamiento de enfermedad mental	4.471	0.034	1.594	1.032	2.463
Deuda familiar	2.531	0.112	1.323	0.936	1.870
Ha sufrido discriminación	33.038	0.000	2.802	1.955	4.016
No realiza ejercicio programado	4.974	0.026	1.581	1.055	2.371
Estado psicológico afectado por la pandemia	34.836	0.000	3.008	2.064	4.382
Disfuncionalidad familiar	26.262	0.000	2.684	1.823	3.952
Audit	9.552	0.002	2.051	1.291	3.258

Las variables asociadas con la prevalencia del trastorno depresivo mayor fueron: vivir solo (Ch=5.395; p=0,020; OR= 1.760; IC=1.087-2.851), estado psicológico afectado por la pandemia (Ch= 34.836; p= 0.000; OR= 3.008; IC= 2.064-4.382); discriminación (Ch= 33.038; p= 0.000; OR= 2.802; IC= 1.955-4.016); riesgo medio o alto de adicciones (Ch=

9.552; $p= 0.002$; OR= 2.051; IC= 1.291-3.258) ; Etnia (Ch= 7.502; $p= 0.006$; OR= 2.204; IC= 1.237-3.929); ambiente disfuncional (Ch= 26.262; $p= 0.002$; OR= 2.051; IC= 1.823-3.952); escolaridad ((Ch= 18.456; $p= 0.000$; OR= 2.137; IC= 1.504 -3.034).

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo identificar la prevalencia de depresión en la población de Gualaceo y sus factores asociados.

La muestra estuvo conformada por 838 habitantes, el 34.7% fueron varones y el 65.2% correspondió a las mujeres, dentro de la población de estudio la prevalencia del trastorno se distribuyó de la siguiente manera: la depresión actual fue diagnosticada en 154 (18.4%), la depresión recurrente presentó una frecuencia de 6 (0.7%); datos que coincide con un estudio realizado por la Universidad del Azuay en Nabón (2020) en las parroquias rurales, en el cual se reportó el 20.73% de prevalencia de trastornos y la depresión mayor presentó un 18.8%.

Las variables sociodemográficas asociadas al trastorno depresivo en este estudio fueron: la discriminación, estado psicológico afectado por la pandemia, dependencia al alcohol, etnia, familia disfuncional, escolaridad y el vivir solo.

En cuanto a la discriminación Alfonso Urzúa (2019) dio a conocer que la discriminación racial y étnica afecta directamente a la autoestima de las personas y el resultado de cómo se relacionan, llegando incluso a un estado melancólico.

Otra variable que estuvo asociada a la depresión fue el estado del ánimo afectado por la pandémica, según algunas investigaciones una cantidad considerable de personas fueron afectadas significativamente por el encierro generado por la pandemia.

Según una investigación realizada por Tusev et. al (2020) se identificó que la situación post pandemia en relación con la depresión severa es de 10.3 % y 10.4% respectivamente en la población de estudio, el trastorno estuvo asociado al número de integrantes de la familia y la maternidad.

Por otro lado, según Contreras Olive (2020) quien realizó un estudio en Perú en conjunto con Miranda Gómez y Torres Lio-Co, el que hablo sobre la relación de la dependencia del alcohol con la depresión, reportando que las mujeres consumen con mayor frecuencia alcohol. Se determinó también que el consumo de esta sustancia aumenta la probabilidad de que las personas tengan síntomas depresivos, y a su vez mientras los síntomas depresivos son mayores aumenta la probabilidad de consumo de sustancias.

Una investigación que fue realizada en Imbabura el año 2017 la cual tiene varios autores que participaron en la misma como Acosta Vinueza Y., Alvear Reascos R., Gonzalez Pardo S., Reascos Paredes Y.L. y Monroy G., ellos demostraron que la disfuncionalidad familiar es uno de los factores más comunes, ya sea por maltrato, abandono, falta de afectividad, malas relaciones o incluso se puede dar por sucesos traumáticos un distanciamiento o agresividad hacia la familia. Este estudio coincide con nuestro estudio siendo la disfuncionalidad uno de los factores principales que se asocia al estado depresivo ya que muchos de estos hogares tienen lazos rotos, ya sea por migración, abandono, maltrato o falta de afectividad, también influyen factores como el entorno social que abarca el consumo de sustancias, entre otros.

En Finlandia se demostró que el 80% de las personas que viven solas, tienen probabilidad de sufrir depresión los mismo que consumen antidepresivos se evidenciaron 3500 casos de personas que utilizaban antidepresivos. El vivir solo se relaciona con la depresión ya que muchas de las veces no existen un apoyo o soporte emocional, y la soledad puede ser asociada con sentimientos de aislamiento (BBC Mundo, 2012). Lo que coincide con los resultados de esta investigación, Gualaceo es un cantón en donde existe un nivel alto de migración, por lo tanto, un gran número de personas se quedan solas lo que contribuye a esta sensación de soledad.

Las variables que no se encontraron asociadas son deudas familiares, discriminación y no realizar ejercicio.

Conclusiones:

- La muestra estuvo conformada por 838 habitantes, el 65.2% fueron mujeres y el 34.7% correspondió a los varones.
- La depresión actual fue diagnosticada en 154 individuos (18.4%).
- La depresión recurrente presentó una frecuencia de 6, (0.7%).
- Los factores sociodemográficos asociados a la depresión fueron: Migración, dependencia el consumo de sustancias, disfuncionalidad familiar, vivir solo y el estado psicológico afectado por la pandemia

Recomendaciones prevención y promoción de salud mental:

- De acuerdo a lo que se evidencio en los resultados de la investigación, se recomienda que del cantón Gualaceo brinden medidas de prevención tanto en escuelas, colegios a nivel local a través de charlas de mediación, ayuda psicológica en cada parroquia o terapias de grupo en donde los habitantes puedan tener y dar apoyo.
- Realizar talleres de Psicoeducación sobre salud mental
- Incentivar a los habitantes del cantón a realizar distintas actividades en las que puedan participar conjuntamente y socializar entre sí.
- Proporcionar información a la población para que conozca las redes de apoyo
- Generar políticas públicas para generar fuentes de trabajo con el objetivo de disminuir la migración, y así evitar roturas de lazos afectivos o familiares.

REFERENCIAS

- *BBC NEWS MUNDO*. (25 de marzo de 2012). *Vivir solos, un riesgo para la salud mental*.
- *Bárbara Rodríguez, G.V.* (2021). *Prevalencia de los trastornos depresivos y factores asociados en los habitantes de las parroquias rurales del cantón Cuenca, 2018 [Trabajo de titulación previo a la obtención del título médico, Universidad del Azuay]*.
- *Caballero Alonso, M. S., Franco Torres, V. J., Marchán Cárdenas, J. C., y Montagut Vargas, A. J.* (2020). *Depresión resistente al tratamiento: un concepto disgregado y el más infortunado diagnóstico evolutivo de la depresión mayor*.
- *Calderón, M., Cortés, A., Durán, E., Martínez, T., Ramírez, L., & Garavito, C.* (2013). *Depresión: Recorrido histórico y conceptual*.
- *Contreras Olive, Y. Miranda Gomez O. y Vladimir Torres L.* (2020). *Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. Revista Cubana de Medicina Militar, 49(1)*.
- *Corea Del Cid* (2021). *La depresión y su impacto en la salud pública. Rev. Méd Hondur, 89(1), 1-68*.
- *Cristini, F., Scacchi, L., Perkins, D. D., Santinello, M., & Vieno, A.* (2011). *Influencia de la Discriminación en los Síntomas de Depresión en Adolescentes Inmigrantes: ¿Qué Elementos Mitigan sus Efectos Perjudiciales? Psychosocial Intervention, 20(3), 1-14*.
- *Cruz blanca Hernández, H., Lupercio coronel, P., Collas Aguilar, J., y Castro Rodríguez, E.* (2016). *Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. Salud mental, 39(1), 47-58*.
- *Escobar, J. M., y Escobar, M.* (2016). *Diabetes y depresión. Acta Médica Colombiana, 41(2), 96-97*.
- *Gaibor-González, Ismael, Moreta-Herrera, Rodrigo.* (2020). *Optimismo disposicional, ansiedad, depresión y estrés en una muestra del Ecuador. Análisis inter-género y de predicción. Actualidades en Psicología, 34(129), 17-31*.

- *García Neme, D. (2017). Depresión en el siglo XX: concepción y tratamientos. Trabajo de grado presentado para obtener el título de psicólogo, Universidad del Rosario.*
- *Leon Tarazona, C.N. (2021). La depresión en tiempos de covid 19: análisis del impacto de la pandemia en grupos vulnerables. Universidad Cesar Vallejo, Perú. 0, (17).*
- *Pardo, G., Sandoval, A., Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. Revista colombiana de psicología, (13), 17-32.*
- *Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., y Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Revista biomédica, 28(2), 73-98.*
- *Regalado, K. V. M., Alvarado, C. L. A., Barros, J. M. T., & Malla, M. I. M. Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes.*
- *Restrepo-Arango, M., Sánchez-Díaz, E., Vélez-Peláez, M. C., Marín-Cárdenas, J. S., Martínez-Sánchez, L. M., Gallego-González, D. (2017). Major depressive disorder: a genetic view. Diversitas: Perspectivas en Psicología, 13(2), 279-294.*
- *Rojas, E. (2013). Adiós, depresión. Ediciones Temas de Hoy.*
- *Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 143-48.*
- *Silva, Hernán. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 40(Supl. 1), 9-20.*
- *Tintaya Condori, P. (2019). Psicología y Personalidad. Revista de Investigación Psicológica, (21).*
- *Torres, H. M. L., Sepúlveda, Y. L., Aguilar, J. L. V y Pérez, R. H. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Medimay, 21(1), 65-74.*
- *Urzúa, Alfonso, Ferrer, Rodrigo, Olivares, Esthepany, Rojas, Jeraldinne, & Ramírez, Romy. (2019). El efecto de la discriminación racial y étnica sobre la autoestima individual y colectiva según el fenotipo auto reportado en migrantes colombianos en Chile. Terapia psicológica, 37(3), 225-240.*

- Wagner, F. A., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., y Gallo, J. J. (2012). *Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud mental, 35(1), 3-11.*

Anexos

Anexo 1

Ficha Sociodemográfica

INFORMACIÓN GENERAL.

Número de ficha

Nombre del entrevistador.....

Parroquia.....

Comuna/ sector.....

1.- Etnia (Marque con un X lo que corresponde)

1 <input type="checkbox"/> Indígena	2 <input type="checkbox"/> Mestiza	3 <input type="checkbox"/> Blanca	4 <input type="checkbox"/> Otra
-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

2.- Género (Marque con un X lo que corresponde)

1 <input type="checkbox"/> Masculino	2 <input type="checkbox"/> Femenino	3 <input type="checkbox"/> Otros
--------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

3.- Edad: _____ años cumplidos

4.- Escolaridad (Marque con un X una sola opción)

1 <input type="checkbox"/> Sin escolaridad
2 <input type="checkbox"/> Menos 10 de años estudio
3 <input type="checkbox"/> 10 años de estudio
4 <input type="checkbox"/> Más de 10 de estudio
5 <input type="checkbox"/> Bachillerato (3ro de bachillerato aprobado)
6 <input type="checkbox"/> Superior incompleto
7 <input type="checkbox"/> Superior completo
8 <input type="checkbox"/> Nivel postgrado

5.- ¿Con quién vive usted? (Marque con un X una sola opción)

- 1 Vive solo
- 2 Vive sólo con el padre y/o la madre
- 3 Vive con padres y/o hermanos
- 4 Vive con padres y/o hermanos y/o otros familiares (abuelos o tíos, etc.)
- 5 Vive con pareja
- 6 Otros, indicar con quién:

6.- Estado civil actual: (Marque con un X lo que corresponde)

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Soltero/a | 4 <input type="checkbox"/> Separado/a (de hecho) |
| 2 <input type="checkbox"/> Unión libre | 5 <input type="checkbox"/> Divorciado/a (legalmente) |
| 3 <input type="checkbox"/> Casado/a | 6 <input type="checkbox"/> Viudo/a |

7.- ¿Qué actividad desarrolla actualmente? (Marque con un X lo que corresponde)

- 1 Trabaja jornada completa
- 2 Trabaja media jornada
- 3 Trabaja ocasionalmente
- 4 No trabaja
- 5 Jubilado/a
- 6 Otro: _____

8.- ¿Alguien de su familia o a migrado? (Marque con un X lo que corresponde)

Sí No

Interna (Dentro del Ecuador)

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

Interna (Dentro del Ecuador) Externa (Fuera del país)

9.- Identifique ¿Quién migró?

- 1 Padre
- 2 Madre
- 3 Ambos padres
- 6 Esposo (a) pareja
- 7 Hermanos

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

Sí No

11.- Endeudamiento

Tiene deuda la familia

Sí No

De todos los ingresos familiares, ¿Cuánto gasta en pagar la deuda?

- 1 Menos de la Mitad
- 2 La mitad y más

12.- ¿Se ha sentido discriminado o excluido por otras personas?

Sí No

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

- 1 Etnia
- 2 Discapacidad
- 3 Urbano – rural
- 4 Religión
- 5 Otros Especifique:

13.- ¿Qué tiempo dedica a realizar ejercicio?

- 1 Inferior a 30 minutos al día (2 o 3 veces por semana cuando no es todos los días)
- 2 Igual o superior a 30 minutos al día (al menos por 5 días)
- 3 No realiza ejercicio

14.- Si realiza ejercicio ¿Cómo se pone su respiración mientras hace ejercicio?

1 Respira normal o aumenta poco y puede hablar 2 La respiración es rápida, o se dificulta o falta el aliento

15.- ¿Ha sentido que su estado psicológico se ha afectado por la pandemia?

Sí

No

Anexo 2

Cuestionario MINI Mental

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

4

A. Episodio depresivo mayor

(⇒ SIGNIFICA: IR A 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	
		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
		EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE		
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)				

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), EXPLORAR LO 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**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Anexo 3

Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Salud mental en el Cantón Gualaceo”

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

La presente investigación es conducida por el Dr. Fray Martínez profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. La meta de este estudio es conocer cómo se encuentra la salud mental de la población.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contesta una entrevista que le tomará aproximadamente 40 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. Fray Martínez. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer la salud mental de la población.

Me han indicado también que tendré que responderá a una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 40 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 Fray Martínez director de la investigación al teléfono 0999886240.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo 4

AUDIT

AUDIT

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que le agradecemos su honestidad.

Para cada pregunta en la tabla siguiente, marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta.

NOTA: En los Estados Unidos *una bebida* se refiere a cualquier bebida que contiene aproximadamente 14 gramos de etanol o alcohol puro. Las bebidas que siguen a continuación son de diferentes tamaños sin embargo su contenido de alcohol es el mismo. Es por eso que todas son consideradas *una bebida*:



Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
Total					

Nota: Este cuestionario (el AUDIT) se reimprime con permiso de la Organización Mundial de la Salud y la Generalitat Valenciana Conselleria de Benestar Social. Para reflejar las medidas de consumo en los Estados Unidos (14 gramos de alcohol puro), la cantidad de tragos en la pregunta 3 fue cambiada de 6 a 5. En el sitio www.who.org está disponible en forma gratuita un manual AUDIT con guías para su uso en la atención primaria.

Excerpted from NIH Publication No. 07-3769 National Institute on Alcohol and Alcoholism www.niaaa.nih.gov/guide

Anexo 5

FFSIL

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

A continuación, se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una x en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

		Casi nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)
1	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple 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 problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					

1 1	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
1 2	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
1 3	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
1 4	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

PUNTUACIÓN TOTAL