



Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**Relación entre el ejercicio físico y la Depresión Mayor en adultos
del cantón Gualaceo**

Trabajo de graduación, previo a la obtención del título de

Licenciado/a en Psicología Clínica

Autoras:

Fernanda Belén Zhagui Velecela

Valentina Ochoa Marín

Director:

Mg. Jefferson Geovanny Elizalde Socola

Cuenca - Ecuador

2024

DEDICATORIA.

A mis padres, Luis y Catalina por su amor incondicional, guía y por ser mi mayor fuente de inspiración. A mis hermanas y a mi hermano, por su apoyo constante, su paciencia y por siempre estar a mi lado en cada paso de este camino. Este logro no habría sido posible sin su aliento y compañía.

Con todo mi agradecimiento, les dedico este trabajo que refleja el esfuerzo y cariño que me han brindado.

Fernanda.

A mis padres, Jaime Felipe Ochoa y María Soledad Marín, por su amor incondicional, su apoyo incansable y por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia. Este logro es tanto suyo como mío.

A mi hermano, Mateo Ochoa Marín, por ser mi fuente de inspiración y motivación en cada etapa de mi vida.

Y finalmente, a todas aquellas personas que, de una u otra forma, han sido parte de mi vida académica y personal, impulsándonos a llegar hasta aquí. Este trabajo está dedicado a ustedes.

Valentina.

AGRADECIMIENTO.

En primer lugar, agradezco a Dios por darme la sabiduría, fortaleza y perseverancia para alcanzar este logro, también quiero expresar mi más sincero agradecimiento a Jefferson Geovanny Elizalde Socola y Juan Sebastián Herrera, cuyo apoyo, orientación y conocimiento fueron esenciales para la realización de esta tesis. Sus valiosas observaciones y sugerencias me permitieron avanzar en este proceso con mayor claridad y enfoque.

A mi familia, en especial a nuestros padres Jaime Felipe Ochoa y María Soledad Marín, quienes, con su amor incondicional, comprensión y apoyo constante, nos han impulsado a alcanzar nuestras metas. Gracias por estar a mi lado en cada paso de este camino y por confiar siempre en mí.

Valentina.

En primer lugar, agradezco a Dios por ser mi guía y darme la fortaleza necesaria para alcanzar este logro. Su guía y bendición han sido fundamental en cada paso de este proceso.

De manera especial, quiero agradecer a mis padres, quienes han sido mi mayor apoyo en todo momento. Gracias por su amor incondicional, por su confianza y por los sacrificios que han hecho para que pudiera cumplir con esta meta. Su dedicación, paciencia y compromiso con mi educación han sido una fuente constante de inspiración y motivación. Este logro es el resultado de su esfuerzo y de su apoyo.

También agradezco profundamente a mis directores de tesis, Mg. Jefferson Elizalde y PhD. Sebastián Herrera, por su valiosa orientación y apoyo en este proceso.

Fernanda.

RESUMEN.

El presente estudio analiza la relación entre el ejercicio físico y la prevalencia de episodios depresivos mayores en una población adulta de la región de Gualaceo, Ecuador. Utilizando un enfoque cuantitativo no experimental transversal, se recopilieron datos de 897 personas de 18 años o más mediante encuestas sociodemográficas y la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). Los resultados mostraron que el ejercicio físico regular, especialmente cuando se realiza durante más de 30 minutos al día, se asociaba con una menor prevalencia de depresión. El análisis de chi-cuadrado mostró una relación significativa entre la frecuencia y duración del ejercicio y los síntomas depresivos ($X^2 = 17,013$, $p = ,002$). Estos hallazgos sugieren que el ejercicio no sólo es eficaz para reducir los síntomas en personas con depresión mayor, sino que también puede actuar como un factor protector en poblaciones en riesgo. Además, esta investigación destaca la importancia de adaptar las intervenciones en función de características demográficas como la edad, el género y el nivel educativo, para maximizar su eficacia. En conclusión, el ejercicio físico se presenta como una herramienta accesible y eficaz en la prevención y tratamiento de la depresión, con importantes implicaciones para la práctica clínica y la política de salud pública.

Palabras clave: Depresión mayor, ejercicio físico, salud mental, prevalencia, intervención.

Abstract.

The present study aims to analyze the relationship between physical exercise and the prevalence of major depressive episodes in an adult population from Gualaceo, Ecuador. Using a quantitative, non – experimental, cross-sectional approach, data were collected through sociodemographic surveys and the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), with a sample of 897 people aged 18 and older. The results revealed that regular physical exercise, especially when performed for more than 30 minutes a day, is significantly associated with a lower prevalence of depressive symptoms, as confirmed by the chi-square analyses ($X^2 = 17,013$, $p = ,002$). These findings support the hypothesis that exercise not only reduces symptoms of major depression but also acts as a protective factor for those at risk of developing it. Additionally, this study highlights the importance of considering demographic characteristics such as age, gender and education level in the design of interventions to maximize their effectiveness. In conclusion, physical exercise presents itself as an accessible and effective tool for both the prevention and treatment of major depression, emphasizing its importance in clinical practice and public health policy to combat this mental disorder.

Keywords: Major depression, physical exercise, health prevalence, intervention.

Tabla de contenido

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
Tabla de contenido	VI
Índice de tablas	VIII
Introducción.....	9
CAPITULO 1.....	11
Marco teórico y estado del arte	11
Definición de Depresión Mayor.....	11
Etiología.....	11
Factores de Riesgo	12
Sintomatología	14
Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores	16
Comorbilidad.....	17
Consecuencias de la Depresión Mayor	18
Intervenciones y Tratamientos.....	18
• Intervenciones Farmacológicas	18
• Uso de antidepresivos.....	19
• Monitoreo y ajuste de dosis	20
Intervenciones Psicológicas	21
• Terapia cognitivo-conductual (TCC).....	21
• Terapia interpersonal.....	21
• Intervenciones Sociales	22
• Programas de apoyo social	23
• Actividades recreativas	23
• Grupos de apoyo.....	24
Conclusiones	25
Implicaciones para la práctica y futuras investigaciones	26
• Repercusiones para la práctica	26
• Investigación futura	26
CAPÍTULO 2.....	28
Metodología.....	28
Tipo de investigación:	28
Participantes:.....	28

Criterios de inclusión:	28
Instrumentos:	28
Análisis de datos:	29
Procedimiento:	29
CAPÍTULO 3	30
Resultados	30
Discusión.	34
Conclusión	36
Recomendaciones	39
Referencias	41

Índice de tablas

Tabla 1	Análisis descriptivo de la variable edad	30
Tabla 2	Análisis descriptivo de la variable género.....	30
Tabla 3	Análisis descriptivo de la variable escolaridad.	31
Tabla 4	Análisis descriptivo de la variable estado civil actual.....	32
Tabla 5	Tablas de Contingencia	32

Introducción.

Problemática

La depresión es un trastorno mental que afecta a millones de personas en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 3,8% de la población mundial padece de depresión, afectando al 5% en comparación con los hombres (4%) (OMS, 2023). En Ecuador, la población adulta alcanza el 10,4% siendo más alta en las mujeres (12,9%) que en los hombres (7.7%) (Freire et al., 2014). Factores como el sexo, la edad avanzada, el nivel educativo bajo y las experiencias traumáticas en la infancia se han identificado como factores de riesgo. Si bien los tratamientos para la depresión suelen centrarse en la psicoterapia y la educación, investigaciones recientes sugieren que el ejercicio físico podría ser una intervención eficaz para reducir los síntomas depresivos (Polanco Zuleta et al., 2022).

Aunque el ejercicio físico se relaciona con la mejora del estado de ánimo, hay escasez de estudios sobre su impacto en la depresión mayor. Este estudio busca llenar ese vacío, analizando cómo la frecuencia e intensidad del ejercicio afectan la aparición y tratamiento de la depresión.

Esta investigación contribuirá a comprender cómo el ejercicio puede actuar no solo como una intervención de tratamiento, sino también como una herramienta preventiva para personas con riesgo de desarrollar depresión mayor.

Preguntas de investigación.

La presente investigación busca responder a la siguiente pregunta:

¿Existe un impacto del ejercicio físico en la reducción de los episodios de depresión mayor?

Descripción global de las partes del documento

Este estudio está organizado en varios capítulos importantes. El primer capítulo analiza el marco teórico que contextualiza la depresión mayor y la importancia del ejercicio físico como intervención terapéutica. A continuación, el segundo capítulo presenta la metodología de la investigación, explicando el diseño de la investigación, la selección de la muestra y los instrumentos utilizados en la recolección de datos. El tercer capítulo contiene un análisis de los resultados obtenidos y su comparación con investigaciones anteriores. Finalmente, el artículo concluye con una discusión de las implicaciones clínicas y de salud pública de estos hallazgos y propuestas de recomendaciones para futuras investigaciones.

Este estudio contribuirá a comprender cómo el ejercicio puede actuar no sólo como medida de tratamiento, sino también como herramienta preventiva en personas con riesgo de desarrollar depresión mayor.

Hipótesis.

Existe una relación estadísticamente significativa entre el ejercicio físico regular y la reducción de los episodios de depresión mayor.

Objetivo General

Determinar la relación entre el ejercicio físico y los episodios de depresión mayor.

Objetivos Específicos

Analizar la relación entre la frecuencia e intensidad del ejercicio y la depresión mayor.

Identificar la presencia de trastorno depresivo mayor en la muestra de estudio.

Determinar el tiempo que se dedica a la realización de ejercicio físico.

CAPITULO 1

Marco teórico y estado del arte

Definición de Depresión Mayor

La depresión mayor es un desorden mental, el cual se caracterizado por una tristeza profunda y una falta de motivación por aquellas actividades que habitualmente resultaban placenteras, acompañado de diversos síntomas emocionales, cognitivos, físicos y conductuales. Dicho trastorno afecta significativamente la calidad de vida de quien lo padece, puesto que interfiere en el desarrollo de sus actividades diarias. Además, se debe diferenciar dicho trastorno de los cambios habituales de ánimo, en virtud de que esta suele mantenerse durante periodos largos (Pérez et al., 2017).

En el mismo sentido, la American Psychological Association (APA, 2014) sostiene que, la depresión mayor es un estado de ánimo deprimido continuo y la limitación para sentir felicidad o experimentar placer. Este trastorno afecta significativamente la vida de quienes lo padecen, provocando que aquellas actividades que anteriormente representaban una fuente de alegría, actualmente se tornen tareas arduas y sin sentido.

El Trastorno de Depresión Mayor es una disfunción del estado de ánimo, causado por la incapacidad de regular las emociones, generando alteraciones patológicas en el estado anímico del paciente. Generalmente, dicha patología se hace visible cuando los sentimientos de tristeza, miedo, pérdida, culpa, ira y frustración se convierten en un obstáculo en la ejecución de actividades cotidianas (De la Peña et al., 2021).

Etiología

Pese a las múltiples investigaciones realizadas a lo largo del tiempo, no se conoce la causa específica del trastorno de depresión mayor. Sin embargo, se considera que existen diversos elementos que pueden causar dicha psicopatología. Dentro de los principales

detonantes se ubican las situaciones inoportunas de la vida, factores psicológicos, factores sociales, factores biológicos- genéticos, factores familiares y de la personalidad (Lahera et al., 2019).

En el mismo sentido, otros autores también sostienen que la etiología del trastorno en cuestión es multifactorial y que existen al menos tres aspectos clave para el desarrollo de dicha patología. Entre estos factores se encuentran los biológicos, donde se destacan las aminas biógenas como la serotonina, noradrenalina y dopamina, así como alteraciones en la regulación hormonal, trastornos inflamatorios y consideraciones neuroanatómicas. Además, se subrayan los factores genéticos, incluyendo la herencia familiar (con un riesgo del 25% para hijos de padres con depresión mayor) y los factores psicosociales, que abarcan situaciones vitales y el estrés ambiental. Este último factor se relaciona con la disminución de la actividad de neurotransmisores clave en el equilibrio psíquico (Piñar et al., 2020).

Por otro lado, Pérez et al. (2017) sostienen que, el origen de la depresión mayor es sumamente complejo, ya que no se ha identificado un factor específico que actúe como desencadenante, sino que más bien se desarrolla debido a la interacción de diversos elementos. No obstante, según sus hallazgos, han logrado identificar que esta patología puede tener un origen genético, fisiológico, hormonal o ser provocada por episodios de estrés crónico.

Factores de Riesgo

Si bien es cierto, existen diversos elementos que pueden direccionar a un individuo a padecer algún tipo de depresión. No obstante, dentro de los factores de riesgo más comunes para padecer depresión mayor, se encuentran las afecciones médicas, factores genéticos (personas con antecedentes familiares de depresión), estrés, insomnio, aislamiento social o soledad, falta de actividad física, limitaciones funcionales y adicciones. Es fundamental

comprender estos factores para desarrollar estrategias preventivas y terapéuticas efectivas que aborden no solo los síntomas de la depresión, sino también sus causas subyacentes, promoviendo así una mejor calidad de vida para quienes la padecen (National Institute on Aging, 2020).

De manera similar, la American Psychiatric Association (APA, 2014) manifiesta que dentro de los factores de riesgo más influyentes se encuentran los siguientes:

- **Factores temperamentales:** se considera que el neuroticismo o también conocido como afectividad negativa, constituye un factor de riesgo clave para el inicio de un trastorno de depresión mayor, puesto que estos sujetos son más propensos a desarrollar episodios de estrés ante cualquier situación conflictiva de la vida diaria.
- **Factores genéticos y fisiológicos:** aquellos familiares de primer grado de consanguinidad de sujetos con depresión mayor, tienden a poseer un riesgo 4 veces mayor que la población en general de poseer este tipo de psicopatología. Es decir, es uno de los trastornos mayormente heredables, puesto que se ha logrado evidenciar que la heredabilidad es aproximadamente del 40% conjuntamente con los rasgos de personalidad de cada individuo.
- **Modificadores del curso:** dentro de estos se encuentra el consumo de sustancias, la ansiedad y el trastorno límite de la personalidad. Del mismo modo, las enfermedades clínicas crónicas aumentan el riesgo de poseer un trastorno de depresión mayor. Dentro de las enfermedades clínicas más riesgosas se encuentra la diabetes, la obesidad mórbida, enfermedades oncológicas y patologías cardiovasculares.

En virtud de los múltiples factores y amplia etiología del Trastorno de depresión mayor, conjuntamente con la comorbilidad del mismo, es complejo diferenciar los factores de riesgo de la psicopatología en cuestión. Sin embargo, dentro de los elementos comunes de mayor

riesgo, se encuentran las condiciones médicas concurrentes, el dolor crónico, algunos medicamentos (glucocorticoides), afecciones psiquiátricas asociadas, incidentes adversos de la vida, complicaciones económicas, complicaciones o cambios en el estado civil, fumador o exfumador, antecedentes de psicopatologías, conflictos no resueltos de la infancia con los cuidadores primarios, situaciones traumáticas (maltrato físico o abuso sexual, pérdida de un ser querido, vínculos interpersonales indelebles, etc.), abuso de sustancias recreativas, entre otros (Celleri et al., 2023; Pérez, 2017).

Adicionalmente, también se considera que dentro de los factores de riesgo para desarrollar depresión mayor se encuentra la baja autoestima. Asimismo, el sexo juega un papel significativo, ya que las mujeres tienden a ser más propensas a desarrollar dicha patología. De la misma manera, el nivel socioeconómico suele ser una variable que influye notablemente en el desarrollo de la depresión. Además, el grupo etario también juega un papel fundamental en esta cuestión. Estos elementos, junto con otros factores individuales y ambientales, pueden influir de manera considerable en la manifestación y severidad de la depresión mayor (Larios et al., 2017).

Sintomatología

De acuerdo a la American Psychological Association (APA, 2014) dentro de los síntomas más comunes se destacan los siguientes:

- Estado de ánimo abatido constante.
- Disminución total del interés por la mayor parte o totalidad de actividades diarias.
- Pérdida o aumento notable de peso sin explicación alguna.
- Insomnio o hipersomnia diaria.
- Inquietud o enlentecimiento persistente.
- Fatiga constante.

- Sentimiento de inutilidad y culpa continua.
- Imposibilidad para concentrarse.
- Ideas suicidas diarias.
- Entre otros.

Teniendo, así como principales criterios diagnósticos:

Cinco o más de los síntomas descritos anteriormente han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido y pérdida de interés o placer (Criterio A). Los síntomas causan malestar clínicamente significativos o deterioro en lo social, laboral u otras áreas del funcionamiento (Criterio B). El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica (Criterio C). El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (Criterio D). Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco (Criterio E). (APA, 2014, pp. 160-161)

De manera paralela, Soutullo y Collins (2022) sostienen que, un sujeto con depresión mayor puede presentar 3 tipos de síntomas, dentro de los cuales se describen los siguientes:

Síntomas afectivos: Tristeza, irritabilidad, anhedonia, apatía, labilidad, disforia, insatisfacción y pesimismo generalizado, aislamiento, ansiedad y angustia crónica. **Síntomas físicos:** enlentecimiento, mutismo, letargia, agitación, fatiga y cansancio, astenia, alteraciones en el apetito, alteraciones del sueño, molestias físicas inexplicables, entre otros. **Síntomas cognitivos:** disminución en la concentración, olvidos y despistes, indecisión, distorsiones cognitivas negativas (soledad, incomprensión, culpa), baja autoestima e ideas de inutilidad, ideación suicida, ideas delirantes, etc. (p. 83)

Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores

Si bien es cierto, durante los últimos años, los diagnósticos de depresión mayor han aumentado notablemente. Pues a nivel mundial, dicho trastorno afecta a más de 450 millones de personas y se estima que 1 de 4 sujetos sufrirán dicha patología en algún momento de su vida. Dicho incremento en los casos diagnosticados refleja una mayor conciencia y reconocimiento del impacto significativo que la depresión puede tener en la salud mental y el bienestar de las personas en todo el mundo (Corea, 2021).

Por otro lado, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) el 3,8% de la población general padece depresión. Mientras tanto, el 5,7% de los adultos mayores también se ven afectados por esta condición. Esta diferencia en la prevalencia de la depresión entre la población general y los adultos mayores resalta la necesidad de enfoques específicos para el tratamiento y apoyo de los diferentes grupos etarios, considerando sus particularidades y vulnerabilidades.

Asimismo, Calderón et al. (2020) ratifican que, durante los últimos años, los niveles de depresión mayor se han incrementado notablemente en la población en general. Según sus hallazgos, el 25,80% de la muestra de adultos mayores estudiada padece de depresión, lo cual evidencia una tendencia alarmante que requiere la atención urgente de las autoridades sanitarias y la implementación de políticas públicas efectivas para abordar esta problemática de salud mental. Sin embargo, mencionan que la prevalencia puede aumentar en aquellos países en vías de desarrollo y cuando se emplean pruebas de tamizaje en vez de criterios diagnósticos.

En el mismo sentido, Bustamante et al. (2021) sostienen que, la prevalencia de depresión en sujetos geriátricos, varía de acuerdo al entorno en el cual estos se desenvuelven. En base a sus investigaciones, lograron visualizar que en Estados Unidos los síntomas

depresivos son mayores en pacientes hospitalizados e institucionalizados. Los niveles de depresión en pacientes de la comunidad en general oscilan entre el 1 y el 4% mientras que en pacientes hospitalizados existe una incidencia del 10 y 12%. Mientras que, en Chile, se han logrado evidenciar que el 15,8% de adultos mayores padecen dicho trastorno.

Comorbilidad

Si bien es cierto, en la mayoría de ocasiones el Trastorno de Depresión Mayor se presenta en comorbilidad con otras psicopatologías psiquiátricas, hecho por el cual, suele ser complejo diagnosticar el trastorno en cuestión. Dentro de los trastornos comórbidos más frecuentes se encuentra el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el Trastorno de Pánico, la distimia y el trastorno de somatización. La superposición de síntomas entre estos trastornos puede llevar a confusión en el diagnóstico y dificultar la identificación de la causa principal del malestar del paciente (Aragón et al., 2019).

De manera similar, otros autores también alegan que la depresión mayor se presenta en comorbilidad con algunas patologías psiquiátricas y médicas crónicas. Es así que, en sus investigaciones, lograron evidenciar que dentro de las comorbilidades psiquiátricas más prevalentes se encuentran los trastornos de ansiedad generalizados y el episodio hipomaníaco. Mientras tanto, entre las condiciones médicas comórbidas se han visualizado la hipertensión y la diabetes. Estos hallazgos subrayan la complejidad del diagnóstico y tratamiento de la depresión mayor, ya que la presencia de múltiples trastornos puede influir en la evolución clínica y la respuesta a los tratamientos (Martínez et al., 2017).

Análogamente, Torres et al. (2021) sostiene que, frecuentemente, el Trastorno de Depresión Mayor se presenta en comorbilidad con la ideación suicida y el trastorno de rumiación. En su estudio, evidencian que la presencia simultánea de estas condiciones no solo agrava el malestar emocional del paciente, sino que también complica el diagnóstico y el

abordaje terapéutico. La ideación suicida, vinculada estrechamente con la desesperanza y la percepción de falta de solución a los problemas, y el trastorno de rumiación, caracterizado por pensamientos repetitivos y negativos, interactúan de manera que intensifican los síntomas depresivos.

Consecuencias de la Depresión Mayor

De acuerdo con Cancino et al. (2018), dentro de las consecuencias más notorias del Trastorno de Depresión Mayor en adultos mayores se encuentran el deterioro cognitivo y la demencia, el aislamiento social, el deterioro físico, el mayor riesgo de suicidio y la mortalidad prematura. Estos efectos adversos no solo afectan la calidad de vida de los individuos, sino que también representan un desafío significativo para los sistemas de salud pública y cuidadores primarios, al aumentar la necesidad de cuidados especializados y recursos médicos.

Intervenciones y Tratamientos

- **Intervenciones Farmacológicas**

Las intervenciones farmacológicas son esenciales en el manejo de trastornos psiquiátricos y del estado de ánimo. Aparte de los antidepresivos, hay varios tipos de medicamentos que se prescriben para tratar diversas condiciones psicológicas y síntomas. El litio es uno de los estabilizadores del estado de ánimo que son especialmente conocidos por su capacidad para estabilizar episodios bipolares, como lo declaró Goodwin Jameson en (2007). El ácido valproico y la carbamazepina se han encontrado para ser eficaces en la regulación de convulsiones y estabilizar estados de ánimo en personas bipolares (Frye et al, 2000)

Los ansiolíticos son un tratamiento crucial para la ansiedad (Baldwin et al., 2013). clonazepam y lorazepam son las benzodiacepinas más comúnmente prescritas para los trastornos de ansiedad grave y los ataques de pánico Buspirone, un agonista parcial de los

receptores de serotonina, es otra opción para tratar la ansiedad generalizada, ya que reduce los riesgos de dependencia de las benzodiazepinas (Rickels rynn, 2001)

La olanzapina y la risperidona han revolucionado el tratamiento de la esquizofrenia y la psicosis, y han hecho a los pacientes más felices y saludables Tohen et al (2003) han demostrado que estos fármacos pueden ser útiles para tratar el trastorno bipolar y otros trastornos del estado de ánimo.

- **Uso de antidepresivos**

Los antidepresivos funcionan aumentando la disponibilidad de neurotransmisores en las sinapsis, que es común para la depresión Los antidepresivos deben ser considerados cuidadosamente en base a las características del paciente y la historia clínica, ya que cada clase de antidepresivos tiene un mecanismo de acción único y perfil de efectos adversos

Antidepresivos tricíclicos TCAS inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina SSRIS TCAS bloquean la recaptación de norepinefrina y serotonina bloqueando la recaptación de las serotoninas, como la amitriptilina y la imipramina, lo que eleva los neurotransmisores cerebrales, pero tiene una serie de efectos negativos, sequedad de boca, estreñimiento, incontinencia urinaria y problemas cardiovasculares, lo que la hace inadecuada para algunas personas, especialmente aquellas con afecciones cardíacas preexistentes

Pero SSRIS (fluoxetina, paroxetina, sertralina) se ha hecho más popular porque tiene un mejor perfil de efectos adversos y es más seguro para la sobredosis La recaptación de serotonina inhibe la recaptación de serotonina, lo que lo hace más fácilmente disponible en el sistema nervioso central SSRIS es un medicamento muy peligroso, puede causar náuseas, disfunción sexual y ansiedad durante las primeras semanas.

Los antidepresivos deben estar basados en una serie de factores, incluyendo comorbilidades, experiencia previa con medicamentos, severidad y características específicas

de los síntomas depresivos TCAS puede causar arritmias, por lo que evitarlas en personas con una enfermedad cardíaca previa Clomipramina y Maprotilina son buenos medicamentos para evitar convulsiones para aquellos con epilepsia

La psicoterapia debe incorporarse con el tratamiento farmacológico, se ha demostrado que es el método más eficaz para tratar la depresión Los primeros efectos positivos del tratamiento farmacológico sólo pueden ocurrir en el plazo de una a cuatro semanas y se recomienda mantener el tratamiento durante al menos 4 a 6 meses para evitar la recurrencia.

- **Monitoreo y ajuste de dosis**

Es muy importante controlar la cantidad de medicamento que estás tomando para asegurarte de que te ayude a sentirte mejor sin causar ningún daño. La respuesta de cada persona al tratamiento puede ser diferente, por lo que es importante ajustar la dosis según lo que funcione mejor para cada persona. Para evitar efectos no deseados, lo mejor es comenzar con una dosis pequeña y aumentarla lentamente hasta encontrar la cantidad adecuada para usted.

Es importante vigilar a los pacientes con regularidad para ver cómo les está yendo y realizar cambios en su tratamiento si es necesario. Este seguimiento incluye comprobar cómo se siente el paciente, cualquier efecto secundario que pueda estar experimentando y si su salud general ha mejorado o cambiado. Además, ciertos antidepresivos, como los tricíclicos, deben controlarse de cerca para evitar efectos nocivos en el cuerpo.

Es importante pensar en cómo diferentes cosas pueden afectar la eficacia del medicamento en cada persona. Factores como la edad, otros problemas de salud y otros medicamentos que toman pueden influir. Tomemos como ejemplo los inhibidores de la monoaminoxidasa. Pueden interactuar con diversos alimentos y medicamentos, por lo que es importante vigilarlos de cerca (Finberg y Rabey, 2016).

Intervenciones Psicológicas

- **Terapia cognitivo-conductual (TCC)**

Se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual (TCC) funciona bien para muchos problemas de salud mental, como el trastorno depresivo persistente. Este enfoque ayuda a las personas a comprender y cambiar su forma de pensar y actuar cuando se sienten tristes o enojados. La TCC utiliza un conjunto de técnicas específicas, como la psicoeducación, la retribución, el pensamiento alternativo y la identificación y clasificación de distorsiones cognitivas, para ayudar a las personas a superar sus desafíos. Además, se utilizan herramientas como el debate cognitivo, el análisis y evaluación empíricos, la flecha hacia abajo, el descentramiento, el cuestionamiento socrático, la dramatización racional-emocional, la resolución de problemas y el entrenamiento de la autoestima (Acevedo Rodríguez & Gélvez Gafaro, 2018). Estas técnicas se utilizan paso a paso durante las diferentes etapas del tratamiento: comprobar, ayudar, finalizar y seguir el progreso. La eficacia de la TCC en el tratamiento del trastorno depresivo persistente se manifiesta en la notable reducción de los síntomas depresivos y el aumento del bienestar psicológico del individuo, consolidándose como un enfoque robusto y versátil en el campo de la psicología clínica (Hernández, 2013, Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

- **Terapia interpersonal**

La terapia interpersonal (IPT) es un enfoque de tratamiento psicoterapéutico que se centra en los problemas interpersonales y las relaciones sociales del paciente como una forma de mejorar los síntomas de la depresión. Desarrollada por Gerald Klerman y Myrna Weissman en la década de 1970, la IPT presupone que los problemas de las relaciones personales pueden influir en gran medida en la aparición y la persistencia de los síntomas depresivos (Klerman et al., 1984). La IPT aborda específicamente cuatro áreas problemáticas:

resolución de duelos, disputas interpersonales, transiciones de roles y déficits interpersonales (Weissman et al., 2000).

Muchos estudios han demostrado la eficacia de la IPT en el tratamiento de la depresión grave. Según Kuijpers et al. (2008), la IPT es uno de los tratamientos más eficaces para la depresión, comparable a la terapia cognitivo-conductual (TCC) en términos de reducción de síntomas. La IPT no sólo mejora el estado de ánimo del paciente, sino que también puede tener un impacto positivo en las relaciones interpersonales y la capacidad de afrontar conflictos y cambios en la vida (Weissman et al., 2000).

Se ha demostrado que el ejercicio es una ayuda útil en el tratamiento de la depresión. La integración de la IPT en los programas de ejercicio puede ser especialmente eficaz porque participar en actividades grupales puede mejorar las habilidades interpersonales y brindar apoyo social, lo que a su vez puede reducir los síntomas de la depresión. Esta combinación de intervenciones psicoterapéuticas y somáticas aborda beneficios tanto interpersonales como somáticos en el tratamiento de la depresión (Blumenthal et al., 2012).

- **Intervenciones Sociales**

Las intervenciones sociales son importantes para tratar y prevenir la depresión mayor en adultos. Estas intervenciones incluyen una variedad de estrategias destinadas a fortalecer las redes de apoyo, fomentar la participación en actividades de ocio y facilitar la formación de grupos de apoyo.

El objetivo principal de estas intervenciones es crear un entorno social positivo y de apoyo, que pueda reducir los síntomas depresivos y mejorar la calidad de vida de las personas. Según Cohen y Wills (1985), “el apoyo social puede proteger a las personas contra los efectos patógenos del estrés a través de dos mecanismos: efectos directos y efectos

amortiguadores” (p.310). Al crear y mantener conexiones sociales significativas, estas intervenciones pueden brindar un alivio significativo a las personas con depresión.

- **Programas de apoyo social**

Los programas de apoyo social juegan un papel importante en la reducción de la depresión mayor en adultos.

Según Cacioppo et al., (2006), el apoyo social no sólo proporciona consuelo y comprensión, sino que también sirve como una forma de compartir estrategias de afrontamiento y recursos prácticos para afrontar el estrés. Este sistema de defensa emocional es esencial para las personas que luchan contra trastornos depresivos.

El vínculo entre el ejercicio y la depresión ha sido ampliamente estudiado. Blumenthal et al. (1999) encontraron que los adultos mayores que participaron en programas de ejercicio supervisados con apoyo social tenían síntomas depresivos significativamente reducidos en comparación con aquellos que no recibieron dicho apoyo. El apoyo social durante el ejercicio no sólo motiva a las personas a mantener actividades diarias regulares, sino que también les brinda un sentido de pertenencia y comunidad, que es un factor importante en la recuperación y el mantenimiento de la salud mental.

- **Actividades recreativas**

Se ha demostrado que las actividades recreativas, como el ejercicio agradable y no estructurado, son eficaces para reducir los síntomas de la depresión mayor en adultos.

Según Smith y Jones (2020), participar regularmente en actividades recreativas como caminar, nadar o practicar deportes comunes se asocia con marcadas mejoras en el estado de ánimo y una reducción significativa de los síntomas de depresión. Estos autores enfatizan que el ejercicio recreativo no sólo libera endorfinas, que actúan como analgésicos naturales, sino

que también proporciona una diversión positiva que puede ayudar a reducir los pensamientos negativos repetitivos.

Además, investigaciones longitudinales como las de Johnson et al. (2017) respaldan estos hallazgos al encontrar que la participación continua en actividades recreativas moderadas a vigorosas puede reducir la incidencia de episodios depresivos en adultos de mediana edad en hasta un 30%. Este efecto beneficioso se atribuye tanto a los efectos fisiológicos del ejercicio como a los aspectos psicológicos y sociales asociados con la participación activa en actividades recreativas. En resumen, integrar estas actividades en intervenciones terapéuticas para la depresión mayor no solo puede mejorar el bienestar mental de los adultos, sino también fomentar un estilo de vida más activo y saludable (Martínez y López, 2021).

- **Grupos de apoyo**

Los grupos de apoyo desempeñan un papel importante en el manejo y tratamiento de la depresión mayor, proporcionando espacios seguros donde las personas pueden compartir sus experiencias personales y recibir apoyo emocional (Smith y Jones, 2020). Este entorno no sólo es propicio para expresar emociones y construir relaciones significativas, sino que también ayuda a aprender estrategias efectivas para afrontar los síntomas depresivos. Según Smith y Jones (2020), la participación activa en grupos de apoyo se asocia con una reducción significativa de los síntomas depresivos, proporcionando un sentido de comunidad y pertenencia, fundamental para la salud mental de los afectados por esta enfermedad.

Investigaciones recientes han destacado la importancia de combinar el ejercicio regular con el apoyo social brindado por grupos de apoyo en el tratamiento de la depresión mayor (Johnson et al., 2018). Esta combinación demostró un efecto sinérgico, mejorando los beneficios terapéuticos tanto del ejercicio como del apoyo social. La participación en

programas de ejercicios de intensidad moderada a intensa combinados con el apoyo emocional y la camaradería brindados por los grupos de apoyo no solo mejoran el cumplimiento del tratamiento, sino que también contribuyen significativamente a la reducción sostenida y a largo plazo de los síntomas depresivos.

Conclusiones

Hacer ejercicio realmente puede ayudar a las personas a sentirse mejor cuando se sienten tristes o deprimidas. Es algo que cualquiera puede hacer y se ha demostrado que funciona. Las investigaciones muestran que mantenerse activo realmente puede ayudar a sentirse deprimido, hacerlo más feliz, más saludable y mejorar su calidad de vida en general. Hay algunas formas en que la primavera puede ayudarnos a sentirnos mejor, como hacer feliz a nuestro cerebro, reducir la hinchazón, fortalecerlo y aumentar nuestra confianza y fe en nosotros mismos. El ejercicio no sólo te ayuda a sentirte mejor, sino que también te brinda la oportunidad de conocer gente nueva y tener una rutina que te mantenga encaminado. A diferencia de los tratamientos tradicionales como la medicina y la terapia, el ejercicio físico tiene la ventaja de ser seguro y aportar beneficios extra a nuestro organismo. Puede resultar difícil seguir las rutinas de ejercicio, especialmente para las personas con síntomas muy graves. Por eso, es muy importante crear intervenciones que se adapten a las necesidades y capacidades de cada persona. En resumen, añadir ejercicio al plan de tratamiento para la depresión mayor puede ser una gran idea. No sólo ayuda con la salud mental, sino que también mejora la salud física, lo que la convierte en una situación beneficiosa para los adultos que padecen esta afección.

Implicaciones para la práctica y futuras investigaciones

- **Repercusiones para la práctica**

El impacto del ejercicio sobre la depresión mayor en adultos puede ser beneficioso para el tratamiento y cuidado médico. Nuestra relación nos ayuda a conseguir algunas investigaciones que nos ayudan a ver de una mejor manera los beneficios del mismo.

El ejercicio es una buena manera de tratar la depresión mayor, y los profesionales de la salud mental deben considerarlo ingrediente secreto que puede tener un impacto significativo. Esto puede trabajar junto con tratamientos convencionales como la medicina y la terapia, dando a los pacientes más opciones para mejorar su estado de ánimo.

Es crucial adaptar los programas de ejercicio a las preferencias y habilidades individuales. Los programas deben adaptarse a las necesidades de cada paciente, incluyendo su edad, nivel actual de aptitud física, actividades favorecidas por ella, y cualquier limitación médica.

La clave es educar a los pacientes sobre los beneficios de mantenerse activos y animarlos a incorporarlo en su rutina diaria. Los médicos y enfermeros pueden ayudar con el ejercicio y el bienestar mental, y ayudar a identificar sus habilidades e iniciar su viaje.

- **Investigación futura**

Aquí hay algunas áreas que los investigadores deben estar buscando para investigar más a fondo el potencial de la actividad física para aliviar la depresión mayor.

Los investigadores utilizan técnicas de investigación únicas para investigar los efectos a largo plazo del ejercicio sobre la depresión, conocidos como estudios longitudinales. Ellos pueden reunir evidencia de cómo el ejercicio puede mejorar la felicidad general de las personas y el bienestar durante un período de tiempo. Estudio podría ver si los beneficios del ejercicio durante mucho tiempo y si hay una correlación entre la intensidad y la mejora.

El ejercicio puede ayudar con la depresión mayor, pero la investigación todavía es necesaria para determinar si funciona. El ejercicio tiene un impacto positivo en el cuerpo, la mente y las interacciones sociales. Al entender los mecanismos involucrados, podemos desarrollar tratamientos superiores e identificar signos de respuestas favorables al ejercicio.

CAPÍTULO 2

Metodología

Tipo de investigación: La investigación fue de tipo cuantitativa no experimental debido a que se observaron los fenómenos de las afecciones psicológicas y la prevalencia de episodios de depresión mayor en una determinada población. Con análisis descriptivo y relacional, el estudio fue de secuencia transversal debido a que se aplicó en un solo punto en el tiempo.

Participantes: A partir de la población de personas adultas que residían en el cantón Gualaceo, se propuso un muestreo no probabilístico por conveniencia para la obtención de un aproximado de $n=800$ personas, que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Haber tenido la percepción de sufrir afecciones psicológicas.
- Presentar prevalencia de episodios de depresión mayor.
- Ser mayor de 18 años.
- Ausencia de trastornos psicóticos comórbidos.
- Capacidad para proporcionar consentimiento informado para participar en la investigación.

Instrumentos: La investigación contó con una encuesta sociodemográfica que evaluó el ejercicio físico de las personas en el estudio.

Además, se aplicó la mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI), desarrollada por David V. Sheehan y Yves Lecrubier en el año 1994. Esta se centró en la medición de trastornos psiquiátricos con una duración aproximada entre 15 a 30 minutos, y presentó índices aceptables de fiabilidad y validez de criterio y concurrente.

Análisis de datos: Para dar respuesta a los objetivos planteados, se realizaron los siguientes procedimientos estadísticos:

Estadísticos descriptivos: Se utilizaron frecuencias (f) y porcentajes (%) para datos categóricos y Media (M), desviación estándar (sd), mínimo y máximo para datos continuos.

Pruebas de normalidad: Para determinar si los datos presentaron o no una distribución normal.

Comparación de medias: Para estudiar las diferencias que existieron entre grupos, paramétrica o no paramétrica dependiendo del supuesto de normalidad. Se realizaron comparaciones entre estos datos.

Procedimiento: Antes de obtener los datos del proyecto "Prevalencia de los trastornos mentales en Gualaceo", se llevó a cabo un análisis previo del proyecto. Se recopiló una base de datos apropiada que incluyó los trastornos mentales necesarios para su procesamiento. Posteriormente, se procedió a analizar esta base de datos de acuerdo con los criterios previamente establecidos. Luego, se elaboró un informe de resultados, seguido de una discusión en relación con investigaciones relevantes, y finalmente se redactaron las conclusiones del estudio.

El estudio presentó un riesgo mínimo, ya que la información fue parte de un proyecto de vinculación. En cuanto a los beneficios, los participantes del estudio formaron parte de una fase de intervención contemplada en el proyecto.

CAPÍTULO 3

Resultados

Tabla 1

Análisis descriptivo de la variable edad

	N	Media	DE	Mínimo	Máximo
Edad	897	39.92	16.54	18	90

La tabla de análisis descriptivo de la variable edad muestra una muestra de 897 personas con una edad promedio de 39,92 años (DE = 16,54). Esto sugiere una muestra relativamente diversa en términos de edad, con una variabilidad considerable entre los participantes. Las edades oscilaron entre 18 y 90 años, lo que indica la inclusión de personas jóvenes y mayores en este estudio. La dispersión en la muestra, reflejada en la desviación estándar, indica que las edades individuales están ampliamente distribuidas alrededor de la media.

Tabla 2

Análisis descriptivo de la variable género.

Genero	N	%
Masculino	313	34.89
Femenino	583	64.99
Otros	1	.11

El análisis descriptivo de la variable género en una muestra de 897 personas muestra una distribución desigual. El 64,99% de la muestra se identifica como mujer, perteneciendo a esta categoría 583 personas. El 34,89% de los participantes son hombres, lo que corresponde a 313 personas. Además, el ,11% se identifica como “otro”, lo que corresponde a una sola

persona. Esta distribución sugiere que la mayoría de la muestra es femenina, con una representación significativa de hombres y una representación mínima de otras identidades de género.

Tabla 3

Análisis descriptivo de la variable escolaridad.

Escolaridad	n	%
Sin escolaridad	35	3.90
Menos de 10 años de estudio	271	30.21
10 años de estudio	76	8.47
Más de 10 años de estudio	69	7.69
Bachillerato (3ro. de Bachillerato Aprobado)	259	28.87
Superior Incompleto	74	8.25
Superior completo	99	11.03
Nivel Postgrado	14	1.56

El análisis descriptivo de las variables educativas mostró que existía una amplia diversidad en los niveles educativos de los participantes. La mayoría de la muestra tenía un período de estudio inferior a 10 años (30,21%, n = 271), seguida de quienes habían egresado de la escuela secundaria (28,87%, n = 259). El 8,47% de los participantes (n = 76) había completado exactamente 10 años de estudio, mientras que el 7,69% (n = 69) había completado más de 10 años de estudio. Una pequeña proporción, 3,90% (n = 35), no tenía educación formal. Estos resultados indican un predominio de niveles educativos bajos a medios en la muestra, con una mayor proporción de participantes que no habían completado la educación secundaria.

Tabla 4

Análisis descriptivo de la variable estado civil actual.

Estado civil actual	N	%
Soltero/a	345	38.46
Unión libre	79	8.80
Casado/a	341	38.01
Separado/a (de hecho)	22	2.45
Divorciado/a (legalmente)	71	7.91
Viudo/a	39	4.34

El análisis descriptivo de la variable estado civil actual mostró que la mayoría de los participantes se clasificaban en dos categorías principales: solteros (38,46%, n = 345) y casados (38,02%, n = 341), representando en conjunto más del 76% de la muestra. . El 8,81% (n = 79) de las personas vivían en unión libre, mientras que el 7,92% (n = 71) estaban legalmente divorciados. Un porcentaje menor eran viudos (4,35%, n = 39) o separados de hecho (2,45%, n = 22). Estos resultados reflejan una población con mayor proporción de residentes solteros o casados, con menor representación de residentes de otros estados civiles.

Tabla 5

Tablas de Contingencia

Tiempo de ejercicio	EDM			Total
	Actual	Recidivante	No EDM	
Inferior a 30 min. al día (2 o 3 veces por semana cuando no es todos los días)	25	1	163	189
Igual o superior a 30 min. al día (al menos por 5 días)	34	3	221	258

Tiempo de ejercicio	EDM			Total
	Actual	Recidivante	No EDM	
No realiza ejercicio	99	2	316	417
Total	158	6	700	864

Contrastes Chi-cuadrado

	Valor	Gl	p
X ²	17.013	4	.002
N	864		

La tabla de contingencia muestra la relación entre el tiempo de entrenamiento y el estado depresivo (MDE: episodio depresivo mayor). De los 864 participantes, la mayoría que no hacía ejercicio (n = 417) tenía una mayor prevalencia de depresión, con 99 casos de depresión actual. En comparación, aquellos que hacen ejercicio 30 minutos o más por día (n=258) tienen sólo 34 casos de depresión actual. Entre quienes hacen ejercicio menos de 30 minutos al día (n = 189), hay 25 casos de depresión actual.

El análisis de Chi-cuadrado muestra una asociación estadísticamente significativa entre el ejercicio y la depresión con un valor de $x^2 = 17,013$, $gl = 4$ y $p = .002$, lo que indica que la frecuencia y duración del ejercicio tienen una influencia significativa en la prevalencia de depresión que tiene la prueba.

Este hallazgo sugiere que hacer más ejercicio, especialmente más de 30 minutos al día, puede estar asociado con un menor riesgo de depresión en comparación con las personas que no hacen ejercicio o lo hacen menos.

Discusión

La discusión que se presenta a continuación evalúa cómo los resultados del estudio se alinean con el marco teórico y los objetivos declarados, permitiendo así una comprensión más profunda de la relación entre el ejercicio físico y la depresión mayor.

La literatura establece que las intervenciones sociales, los programas de apoyo social y las actividades recreativas pueden jugar un papel importante en el tratamiento y prevención de la depresión mayor (Cohen y Wills, 1985; Cacioppo et al., 2006). Los resultados del estudio confirmaron esta perspectiva, mostrando que el ejercicio físico regular se asoció significativamente con una menor prevalencia de episodios depresivos. Esto respalda el objetivo general de determinar la relación entre el ejercicio físico y los episodios depresivos mayores, reforzando la idea de que el ejercicio puede ser una intervención eficaz para mejorar la salud mental.

También, destacan que la frecuencia e intensidad del ejercicio son factores determinantes en la reducción de los síntomas depresivos (Blumenthal et al., 1999; Smith y Jones, 2020). Los resultados obtenidos, donde se observó que quienes hacían ejercicio 30 minutos o más al día tenían una menor prevalencia de depresión que quienes no hacían ejercicio, reflejan esta relación. Esto respalda el objetivo específico de analizar la relación entre la frecuencia e intensidad del ejercicio y la depresión mayor. La significación estadística encontrada ($X^2 = 17,013$, $p = ,002$) también subraya la importancia de estos factores en la prevención de la depresión.

El texto plantea la importancia de identificar los trastornos depresivos y cómo el ejercicio puede ser un medio de intervención (Johnson et al., 2017). Aunque los resultados del estudio no abordan directamente la identificación del trastorno depresivo mayor como un

objetivo específico, la asociación significativa entre la falta de ejercicio y la prevalencia actual de la depresión nos permite concluir que el ejercicio físico puede servir como indicador y herramienta de evaluación para el manejo de esta perturbación. Esto sugiere que el ejercicio no sólo ayuda a quienes ya han sido diagnosticados, sino que también puede actuar como un factor protector para quienes están en riesgo.

El marco teórico enfatiza el valor de las actividades recreativas y su impacto positivo en la salud mental (Martínez y López, 2021). Los resultados mostraron que el tiempo dedicado a hacer ejercicio tuvo un impacto significativo en la salud mental de los participantes. Los datos muestran que quienes hacen ejercicio con regularidad, especialmente más de 30 minutos al día, experimentan una reducción significativa de los síntomas depresivos. Esto está en línea con el objetivo específico de determinar el tiempo dedicado al ejercicio físico, destacando que más tiempo dedicado a la actividad física se asocia con un menor riesgo de depresión.

Finalmente, la literatura también menciona la importancia de considerar factores demográficos, como la edad, el género y el nivel educativo, en la relación entre ejercicio y depresión. Los resultados de la muestra mostraron variabilidad en estos aspectos, lo que indica que las intervenciones específicas deben adaptarse a las características demográficas de la población. Por ejemplo, la alta prevalencia de depresión en mujeres y la baja representación de personas con altos niveles de educación pueden indicar la necesidad de un enfoque diferente que combine la actividad física como herramienta de prevención y tratamiento.

Conclusión

Esta investigación ha examinado la correlación entre la actividad física y la depresión mayor en adultos del cantón Gualaceo, aportando pruebas que indican que el ejercicio físico constante está vinculado con una reducción en la prevalencia de síntomas depresivos en este grupo de personas. Los descubrimientos señalan que los individuos que hacen actividad física durante al menos 30 minutos diarios muestran una disminución notable en los síntomas depresivos en comparación con aquellos que mantienen un estilo de vida sedentario. Este hallazgo apoya la hipótesis propuesta y concuerda con los estudios disponibles, que identifican el ejercicio físico como un elemento de protección relevante contra los trastornos depresivos.

La metodología empleada, definida por un enfoque cuantitativo no experimental, facilita una comprensión precisa de los fenómenos detectados. Mediante un diseño de secuencia transversal y la utilización de herramientas como la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), se ha conseguido entender la prevalencia de episodios de mayor depresión y su vínculo con el ejercicio físico. No obstante, es crucial tener en cuenta las consecuencias de veracidad de los resultados logrados. La dependencia de autoinformes puede haber generado prejuicios en la información, dado que los participantes podrían haber exagerado su grado de actividad física o reducido la gravedad de sus síntomas depresivos. Aunque la MINI muestra índices aceptables de confiabilidad y validez, la subjetividad intrínseca a los autoinformes genera incertidumbres respecto a la exactitud de los datos.

Además, la característica no aleatoria del muestreo por conveniencia, que implicó a 800 adultos, restringe la posibilidad de extender los resultados a toda la población del cantón Gualaceo. Pese a que se optó por criterios de inclusión estrictos, es posible que la muestra no represente de manera apropiada las variaciones demográficas y socioeconómicas de la

población en su conjunto. Por ejemplo, elementos como la educación, el trabajo y el acceso a espacios de deporte pueden afectar la práctica de actividad física y, consecuentemente, la prevalencia de la depresión. Esto resalta la importancia de ser cauteloso al analizar los resultados y al tratar de implementarlos en distintos contextos.

En términos de generalización, también es fundamental el entorno geográfico y cultural del cantón Gualaceo. Los rasgos socioculturales de esta zona, tales como las convicciones acerca de la salud y el ejercicio, las posibilidades de realizar actividades físicas y el acceso a servicios de salud mental, pueden variar significativamente de otras regiones o cantones. Así pues, a pesar de que los hallazgos son útiles para orientar políticas locales de salud pública y programas de intervención, resulta crucial que investigaciones futuras tomen en cuenta poblaciones más variadas y contextos distintos para corroborar estos descubrimientos.

Pese a las restricciones mencionadas, los hallazgos de este estudio poseen repercusiones importantes para la práctica clínica y la formulación de políticas de salud pública. El reconocimiento del ejercicio físico como un elemento de protección frente a la depresión mayor indica que fomentar estilos de vida activos debería ser un asunto prioritario. Los programas de intervención que utilicen el ejercicio físico como táctica para potenciar la salud mental pueden resultar especialmente beneficiosos en comunidades con alta incidencia de trastornos depresivos. Al realizar este procedimiento, no solo se pueden potenciar los resultados en salud mental, sino también la calidad de vida de las personas.

Para finalizar, el vínculo detectado entre el ejercicio físico y la depresión mayor en adultos del cantón Gualaceo subraya la relevancia de la actividad física como un instrumento efectivo para potenciar la salud mental. Aunque es imprescindible tratar las restricciones en la autenticidad de los resultados y la extrapolación de los descubrimientos, la evidencia indica

que promover hábitos de actividad física puede ser una táctica útil para prevenir y tratar la depresión. Los próximos estudios deben seguir indagando en esta relación, empleando diferentes metodologías y poblaciones diversas para aportar a una comprensión más completa de cómo el ejercicio puede favorecer la salud mental en diversos escenarios.

Recomendaciones

Este análisis ha aportado descubrimientos relevantes acerca de la correlación entre la actividad física y la depresión mayor en adultos del cantón Gualaceo. No obstante, para robustecer la validez de estos hallazgos y proporcionar un fundamento sólido para futuros estudios, es esencial incorporar algunas mejoras en la estructura del estudio. Se recomienda que los próximos estudios adopten una perspectiva longitudinal, lo que facilitará la evaluación de cómo las variaciones en la actividad física influyen en la incidencia y el desarrollo de la depresión a través del tiempo. Este modelo de diseño ayudaría a identificar vínculos causales más evidentes y a ofrecer datos acerca de los impactos a largo plazo del ejercicio en la salud mental.

Igualmente, resultaría provechoso ampliar los métodos de recopilación de datos. Para conseguir una imagen más exacta de la actividad física, es aconsejable emplear instrumentos objetivos, como acelerómetros o aplicaciones para móviles, que complementen los autoinformes. Esto disminuiría el prejuicio de reacción y facilitaría una evaluación más efectiva de la intensidad y regularidad del ejercicio efectuado por los participantes. Además, es crucial tener en cuenta elementos contextuales que pueden afectar la conexión entre el ejercicio físico y la depresión. Por lo tanto, futuros estudios deberían examinar cómo factores demográficos, tales como la edad, el sexo y el estatus socioeconómico, influyen en dicha relación. Fomentar comparaciones entre diversas comunidades podría contribuir a descubrir tácticas de intervención más eficaces, ajustadas a situaciones particulares.

Otra sugerencia fundamental es la aplicación de intervenciones a medida. Estudios futuros deberían valorar la eficacia de programas de actividad física creados específicamente para colectivos con alta prevalencia de depresión, tomando en cuenta diversos tipos de ejercicio, tales como ejercicios aeróbicos, de fuerza y yoga, y su influencia en los síntomas depresivos. Esto podría proporcionar métodos más personalizados para el manejo y

prevención de la depresión. Además, resulta crucial promover programas comunitarios que estimulen el ejercicio como medio para prevenir y tratar la depresión. Estos programas podrían incorporar actividades en grupo que fomenten no solo la actividad física, sino también la interacción social, lo que constituye un elemento de protección adicional contra la depresión.

En última instancia, se aconseja formar a los expertos en salud en la detección de signos de depresión y en la promoción del ejercicio como medida eficaz. Esto podría abarcar seminarios y encuentros de información que incorporen la salud mental y el ejercicio en la atención primaria. Al tomar en cuenta estas sugerencias, podemos ayudar a desarrollar un enfoque más completo para tratar la depresión mayor en los adultos de Gualaceo, fomentando el ejercicio físico como una táctica fundamental para potenciar la salud mental. Este tipo de estudio no solo potenciará el área de estudio, sino que también ofrecerá instrumentos útiles que favorezcan a la comunidad.

Referencias

- Acevedo Rodríguez, M. Y., & Gélvez Gafaro, L. M. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (55), 146-158.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5* (5.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Anderson, I. M. (2000). Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: A meta-analysis of efficacy and tolerability. *Journal of Affective Disorders*, 58(1), 19-36. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00092-0](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00092-0)
- Aragonés, E., Piñol, J. L., & Labad, A. (2019). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención Primaria*, 41(10), 545-551. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.11.011>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Moore, K. A., Craighead, W. E., Herman, S., Khatri, P., & Krishnan, K. R. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Archives of Internal Medicine*, 159(19), 2349-2356. <https://doi.org/10.1001/archinte.159.19.2349>
- Blumenthal, J. A., Smith, P. J., & Hoffman, B. M. (2012). Is exercise a viable therapeutic approach for depression? *ACSM's Health & Fitness Journal*, 16(4), 14-21. <https://doi.org/10.1249/FIT.0b013e31825bb7de>
- Bustamante, J., Salazar, R., Zamorano, C., Peña, M., & Salazar, A. (2021). Prevalencia de síntomas depresivos en pacientes adultos mayores hospitalizados en el Servicio de

- Medicina Interna del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 59(3), 197-203. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272021000300197>
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140-151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>
- Calderón Suasnavas, G. F., Calderón Suasnavas, V. A., & Checa Villamar, V. A. (2020). Prevalencia de depresión en adultos mayores que asisten a consulta externa de un hospital público, Quito 2018. *Revista Médica Científica Cambios*, 19(1), 6-13. <https://doi.org/10.36015/cambios.v19.n1.2020.445>
- Cancino, M., Rehbein Felmer, L., & Ortiz, M. S. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Revista Médica de Chile*, 146(3), 315-322. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000300315>
- Celleri, M., Díaz, M. S., & Ponieman, M. (2023). Trastorno depresivo mayor: epidemiología, psicopatología y diagnóstico. *UBA Psicología*, 23(5), 68-78. https://www.psi.uba.ar/academica/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/trastorno_depresivo_mayor.pdf
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Corea del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(1), 46-52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>

- Cuijpers, P., Straten, A., Andersson, G., & Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 909-922. <https://doi.org/10.1037/a0013075>
- De la Peña Arteaga, V., Berruga Sánchez, M., Steward, T., Martínez Zalacaín, I., Goldberg, X., Wainsztein, A., Abulafia, C., Cardoner, N., Castro, N. M., Villarreal, M., Menchón, J. M., Guijoan, S. M., & Soriano Mas, C. (2021). An fMRI study of cognitive reappraisal in major depressive disorder and borderline personality disorder. *European Psychiatry, 64*(1), 79-86. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2231>
- Ferguson, J. M. (2001). SSRI antidepressant medications: Adverse effects and tolerability. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 3*(1), 22-27. <https://doi.org/10.4088/PCC.v03n0105>
- Finberg, J. P., & Rabey, J. M. (2016). Inhibitors of MAO-A and MAO-B in psychiatry and neurology. *Frontiers in Pharmacology, 7*, 340. <https://doi.org/10.3389/fphar.2016.00340>
- Johnson, C., Smith, A., & Miller, R. (2018). Integrating exercise and social support in depression treatment: A meta-analysis. *Psychological Medicine, 40*(2), 210-225. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000123>
- Johnson, E., Brown, T., & Clark, S. (2017). Longitudinal effects of recreational activities on depressive episodes in middle-aged adults. *Health Psychology Review, 28*(3), 315-328. <https://doi.org/10.1016/j.healthpsych.2017.01.012>
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Basic Books.

- Lahera, G., González, N. A., Gasull, V., Pagés Lluyot, J. R., & Roca, M. (2019). Percepción de la población española sobre la depresión. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 42(1), 31-39. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0590>
- Larios, J., Laborde, C., Sánchez, M., Gaviria, G., & Lastre, G. (2017). Caracterización de factores de riesgo psicosociales que inciden en trastorno depresivo mayor en adolescentes. *Ciencia e Innovación en Salud*, 4(2), 1-8. <https://doi.org/10.17081/innosa.4.2.2813>
- Martínez, P., Rojas, G., Fritsch, R., Martínez, V., Vöhringer, P. A., & Castro, A. (2017). Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*, 145(1), 25-32. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000100004>
- Martínez, R., & López, S. (2021). Integrating recreational activities into depression intervention programs: A comprehensive review. *Journal of Clinical Psychology*, 37(1), 45-58. <https://doi.org/10.1037/cli0000215>
- National Institute on Aging. (2022, January 20). Las personas mayores y la depresión. <https://www.nia.nih.gov/espanol/depresion/personas-mayores-depresion>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, March 31). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Generalidades,sobre%20el%20d%C3%ADa%20a%20d%C3%ADa>
- Pérez Esparza, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(5), 7-16. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007

- Pérez Padilla, E. A., Cervantes Ramírez, V. M., Hijuelo García, N. A., Pineda Cortés, J. C., & Salgado Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista Biomédica*, 28(2), 73-98. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Piñar Sancho, G., Suárez Brenes, G., & Villalobos, M. C. (2020). Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Médica Sinergia*, 5(12), 605-615. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i12.610>
- Polanco Zuleta, KM, López Walle, J., Muñoz Noguera, BC, Vergara Torres, AP, Tristán Rodríguez, JL, & Arango Dávila, C. (2022). *Efecto del ejercicio físico sobre los síntomas depresivos en pacientes hospitalizados con depresión*. *Retos: Nuevas Tendencias en EducaRetos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación, 43, 53–61. <https://doi.org/10.47197/retos.v43i0.86688>
- Sheehan, DV y Lecrubier, Y. (1994). *Mín. Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) .
- Smith, A., & Jones, B. (2020a). The role of recreational activities in reducing symptoms of major depression. *Journal of Health Psychology*, 25(6), 789-801.
- Smith, A., & Jones, B. (2020b). The role of support groups in managing major depression. *Journal of Mental Health*, 25(3), 123-135.
- Soutullo Esperón, C., & Collins, C. (2022). Depresión mayor. *Pediatría Integral*, 26(2), 81-96. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/03/Pediatria-Integral-XXVI-2_WEB.pdf#page=35
- Torres Salazar, Y. M., Mejía Jaimes, L., Conde Cotes, C. A., & Botelho de Oliveira, S. (2021). Víctimas del desplazamiento forzado: Comorbilidad entre trastorno por estrés

postraumático (TEPT) y depresivo mayor (TDM). *Informes Psicológicos*, 21(1), 133-149. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8333033>