



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

Trastornos psicopatológicos y factores asociados según SRQ. Personas parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020.

Proyecto de investigación previo

a la obtención del título de

Médico

Autores:

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo

CI: 010542823-9

Correo electrónico: gaby-johana@hotmail.com

Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía

CI: 171762690-5

Correo electrónico: monserrath_dominguez94@hotmail.com

Director:

Dr. Manuel Ismael Morocho Malla

CI: 0103260675

Cuenca – Ecuador

07-mayo-2021



RESUMEN

Antecedentes: a nivel mundial, los trastornos mentales representan el 12%. El test SRQ (self-reporting questionnaire) diseñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) permite la detección de los problemas de salud mental.

Objetivo: evaluar los trastornos psicopatológicos y factores asociados según el SRQ en personas de la Parroquia San Luis de Cumbe del Cantón Cuenca.

Métodos y materiales: se realizó una investigación de tipo cuantitativa transversal, con un universo de 6.582 pobladores de la Parroquia de San Luis de Cumbe de los cuales se tomó una muestra de 364 personas con una confianza del 95%, margen de error del 5% y prevalencia del 50%. La información fue recolectada a través de una encuesta sociodemográfica y el test SRQ. Los datos fueron analizados mediante tablas y gráficos con el programa de cálculo estadístico versión de prueba SPSS 25. Para determinar la asociación entre el objeto de estudio y los factores asociados se obtuvo el OR con su IC al 95% y el valor de p para determinar la significancia estadística.

Resultados: 19,2% de personas presentó depresión, 40,7% ansiedad, 13,2% psicosis, 6,6% epilepsia y el 13,2% alcoholismo, el ser adulto joven es un factor de riesgo con un valor $p=0,041$ y $p=0,034$ para depresión y ansiedad.

Conclusiones: el ser adulto es un factor protector para la psicosis y el alcoholismo, mestizo para la ansiedad, unión libre y artesano para la epilepsia mientras que ser adulto joven e indígena es un factor de riesgo.

Palabras clave: Depresión, Ansiedad, Alcoholismo, Psicosis, Epilepsia, SRQ



ABSTRACT

Background: globally, mental disorders account for 12%. The SRQ test (self-report questionnaire) designed by the World Health Organization (WHO) allows the detection of mental health problems.

Objective: to evaluate the psychopathological disorders and associated factors according to the SRQ in people from the San Luis de Cumbe Parish of the Cuenca Canton.

Methods and materials: a cross-sectional quantitative research was carried out, with a universe of 6,582 inhabitants of the Parish of San Luis de Cumbe from which a sample of 364 people was taken with a confidence of 95%, margin of error of 5% and prevalence of 50%. The information was collected through a sociodemographic survey and the SRQ test. The data were analyzed using tables and graphs with the SPSS 25 test version statistical calculation program. To determine the association between the object of study and the associated factors, the OR was obtained with its 95% CI and the p value to determine statistical significance.

Results: 19.2% of people presented depression, 40.7% anxiety, 13.2% psychosis, 6.6% epilepsy and 13.2% alcoholism, being a young adult is a risk factor with a p value = 0.041 and p = 0.034 for depression and anxiety.

Conclusions: being an adult is a protective factor for psychosis and alcoholism, mestizo for anxiety, free union and artisan for epilepsy, while being a young adult and indigenous is a risk factor.

Key words: Depression, Anxiety, Alcoholism, Psychosis, Epilepsy, SRQ



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE	4
AGRADECIMIENTO	10
DEDICATORIA	11
AGRADECIMIENTO	12
DEDICATORIA	13
CAPÍTULO I	14
1.1. INTRODUCCIÓN	14
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.3. JUSTIFICACIÓN	18
CAPÍTULO II	21
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	21
CAPÍTULO III	31
3.1. HIPÓTESIS	31
3.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	31
3.2.1. Objetivo general	31
3.2.2. Objetivos específicos	31
CAPÍTULO IV	32
4.1. Tipo de estudio	32
4.2. Área de investigación	32
4.3. Universo y muestra	32
4.4. Criterios de inclusión y exclusión	33
4.5. Variables	33
4.6. Métodos, técnicas e instrumentos	34

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo

Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



4.7. Tabulación y análisis	35
4.8. Aspectos éticos	35
CAPÍTULO V	36
5.1. RESULTADOS Y TABLAS	36
5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	51
CAPÍTULO VI	52
6. DISCUSIÓN	52
CAPÍTULO VII	57
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
7.1. Conclusiones	57
7.2. Recomendaciones	57
CAPÍTULO VIII	59
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
CAPÍTULO IX	68
Anexo 1: autorización GAD parroquial Cumbe	68
Anexo 2: operacionalización de variables	69
Anexo 3: formulario	72
Anexo 4: formulario de consentimiento informado	75
Anexo 5: aprobación por comité de bioética	76
Anexo 6: aprobación por comisión de trabajos de titulación	78



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “**Trastornos psicopatológicos y factores asociados según SRQ. Personas parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020.**”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 07 de mayo de 2021

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo

C.I. 0105428239

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo

Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “**Trastornos psicopatológicos y factores asociados según SRQ. Personas parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020.**”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 07 de mayo de 2021

Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía

C.I. 1717626905

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo

Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



DECLARACIÓN DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo, autor del proyecto de investigación **“Trastornos psicopatológicos y factores asociados según SRQ. Personas parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020.”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 07 de mayo de 2021

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo

C.I. 0105428239

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo

Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



DECLARACIÓN DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía, autor del proyecto de investigación **“Trastornos psicopatológicos y factores asociados según SRQ. Personas parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020.”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 07 de mayo de 2021

Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía

C.I. 1717626905

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo

Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



AGRADECIMIENTO

“No crecemos cuando las cosas se vuelven fáciles, lo hacemos cuando afrontamos nuestros desafíos”

La vida está llena de grandes retos y este es uno de ellos el poder culminar con éxito este trabajo de investigación me llena de mucho orgullo, pues durante esta larga y sacrificada carrera que con esfuerzo y dedicación me ha permitido no solo crecer profesionalmente si no también como persona y el saber que poco a poco voy cumpliendo este sueño que pronto será una realidad me llena de satisfacción pues no me queda más que agradecer a Dios mi pilar fundamental, a mi compañera de tesis y a mi director-asesor, Dr. Ismael Morocho que con su empatía y apoyo incondicional en todo momento ha permitido el éxito de este trabajo.

Gabriela Campoverde



DEDICATORIA

Todos mis logros al igual que este trabajo de investigación va dedicado principalmente a mi persona favorita que está en el cielo “mi bella abuelita” quien desde niña me cuidó con todo su corazón y me apoyó durante esta carrera y aunque físicamente no esté conmigo sé que su espíritu me acompaña siempre, a mis padres que con paciencia y esfuerzo han permitido de este sueño una realidad, a mis amigos que me han acompañado durante todo este proceso y a mis docentes por todo el conocimiento impartido.

Gabriela Campoverde



AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a un ser omnipotente, al igual que a mis padres quienes han sido la fuente de sabiduría y fortaleza para continuar con mis anhelos. Además, gratitud inmensa para mi compañero de vida quien siempre me ha alentado con su algarabía y sin lugar a dudas para todas las personas que nos colaboraron entre ellas nuestro tutor y colega de tesis que formaron parte del toque de sugerencias y creatividad para hacer de este proyecto un aporte significativo.

Jacqueline Domínguez

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo

Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



DEDICATORIA

Este trabajo de tesis se lo dedicó espiritualmente a mi abuelito "El Monje Loco" quien siempre apoyó mis pasos hasta el momento de su partida. El tiempo invertido antes y durante el proceso va dirigido a mis padres quienes han amparado mis sueños sin medida alguna, a mi amado quien ha tejido un lazo de amor que se proyecta en cada actividad que ejecuto y finalmente a las mentes maestras Dr. Ismael Morocho y Gabriela Campoverde que han sido el motor indispensable para continuar con cada detalle de este estudio.

Jacqueline Domínguez



CAPÍTULO I

1.1.INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales y del comportamiento son un conjunto de cuadros clínicos agrupados en la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (CIE-10), en el capítulo V; La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a estas entidades como una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y a las normas culturales (1).

Según la OMS estima que los desórdenes mentales y neurológicos afectan en el mundo a unos 700 millones de personas de las cuales 350 millones de personas en el mundo padecen depresión; 90 millones conviven con un desorden de abuso de sustancias; 50 millones padecen epilepsia; y 35,6 millones sufren Alzheimer y otras demencias (2). Como se aprecia la depresión continúa ocupando la principal posición y es dos veces más frecuente en mujeres que hombres (3). Entre el 10 y 15% de las mujeres en países industrializados y entre 20 y 40% de las mujeres en países en desarrollo, sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio, mientras que, en las Américas, la prevalencia de demencia en los adultos mayores (más de 60 años) oscila entre 6,46 % y 8,48% (4).

Dentro de los factores influyentes o productores de algún padecimiento mental se habla de una transmisión de padres a hijos, aquellos factores existentes en el medio ambiente, otros factores son del tipo estructural cerebral, por último, los factores provenientes de la familia y la sociedad, de acuerdo con Caplan en su texto de psiquiatría preventiva, hace mención a tres factores que intervienen para sufrir un trastorno mental: físico, sociales y psicosociales. Los trastornos de salud mental aumentan el riesgo de otras enfermedades y contribuyen a lesiones no intencionales e intencionales. Según Sánchez J, el 30% de las personas se han autolesionado o suicidado (5).

Existen herramientas de clasificación internacional para el diagnóstico de estos trastornos una de ellas es el test self-regulation questionnaire (SRQ) que es una escala auto aplicada o llenada por el personal de salud que permite identificar sintomatología actual o que se ha presentado durante los últimos 30 días. El SRQ ha sido diseñado por la Organización Mundial de la Salud con la finalidad de ampliar la detección y atención de los problemas de salud mental en los servicios de atención primaria, especialmente en países en desarrollo. Esta herramienta permite la identificación fácil y

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo

Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



certera de casos con alto riesgo de sufrir cualquiera de estos cinco trastornos mentales: depresión, ansiedad, alcoholismo, psicosis y epilepsia (6).

En el Ecuador 370.000 personas tienen algún tipo de discapacidad de ellas 94.612 tienen discapacidad intelectual y mental. En 2013 los principales trastornos mentales objeto de hospitalización fueron trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de psicotrópicos (2.383 egresos), trastornos del humor (1.793), esquizofrenia (1.333), trastornos neuróticos (1.201) y otros trastornos del comportamiento (977) (INEC) Instituto Nacional de Estadística y Censos (7).

Según la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) y la OMS, en el Ecuador el trastorno mental más común es la depresión (ocho de cada cien) seguido por la ansiedad (cinco de cada cien) (8). De la población ecuatoriana el 73,5% de personas entre 19 y 59 años que fueron atendidas por episodios depresivos. En tanto que el abordaje de trabajos referentes a la ansiedad ha sido poco desarrollado, con respecto a la psicosis, la esquizofrenia es la más frecuente, en el país tiene una prevalencia del 38% del total de los egresos en hospitales psiquiátricos, y un 21,7% de las atenciones en consulta externa (9) (10). Por lo cual el Ministerio de Salud Pública aprobó el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017 y el Modelo de Atención de Salud Mental. El cual se enfoca en cuatro componentes: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación en la comunidad (2).

En el Ecuador son pocos los estudios epidemiológicos acerca de las enfermedades mentales y en particular en la población San Luis de Cumbe, motivo por el cual este trabajo no solo nace de un interés académico también nos interesamos por aportar estadísticas recientes sobre la prevalencia de estos trastornos y su relación con los factores sociodemográficos.

1.2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos psicopatológicos son comportamientos emergentes que resultan de una interacción compleja de elementos psicológicos y biológicos (11). Solo en el continente americano, se estima que 400 millones de personas sufren de trastornos psiquiátricos y neurológicos. A nivel mundial, los trastornos mentales representan el 12% de todas las enfermedades existentes (12).

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo

Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



El grupo de trastornos mentales comunes incluyen depresión, ansiedad y psicosis, en términos de carga y prevalencia de acuerdo a la OMS, la depresión continúa ocupando la principal posición (3). En Ecuador el INEC registro 73,5% de personas entre 19 y 59 años que fueron atendidas por episodios depresivos (9).

La fisiopatología de la depresión permanece entendida de forma incompleta, pero se concibe que hay disminución del funcionamiento de neurotransmisores monoaminérgicos (serotonina, noradrenalina, dopamina o todos estos neurotransmisores) en el cerebro. La mayoría de los pacientes presentan depresión desde los 20 a 50 años y las mujeres tienen el doble de probabilidad de padecerla. Otros factores de riesgo incluyen divorciados o separados, episodios previos de depresión, niveles elevados de estrés, antecedentes de trauma y antecedentes de trastorno depresivo mayor en familiares de primer grado (13).

En tanto que el abordaje de trabajos referentes a la ansiedad ha sido poco desarrollado, en otros países se estima como motivo de queja principal en el 11 % de pacientes en consulta y en un 60% de pacientes hospitalarios (10).

La ansiedad es un estado afectivo orientado al futuro en el que el individuo se prepara para afrontar un evento negativo incierto pero posible en ausencia de un estímulo desencadenante, cuando este proceso se vuelve independiente, prolongado, excesivo y más difícil de regular, puede tornarse en un estado patológico que activa un "circuito de amenaza" en el cerebro (entre la corteza prefrontal dorsomedial, la ínsula y la amígdala), con inicio en la infancia y el ser mujer un factor de riesgo con una tasa dos veces mayor en comparación con los hombres (14).

Con respecto a la psicosis, trastorno mental grave, se define por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado (habla), comportamiento motor desorganizado o anormal (incluida la catatonía) y negativo, se ubica como una de las afecciones más comunes en la vejez, ocurriendo de 6 a 12 veces más en pacientes con epilepsia que en la población general (15). La esquizofrenia es la más frecuente, en el país tiene una prevalencia del 38% del total de los egresos en hospitales psiquiátricos, y un 21,7% de las atenciones en consulta externa; a pesar de estas cifras significativas, existen escasos estudios (16).

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo

Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



La epilepsia es una de las afecciones cerebrales más comunes, afecta a más de 70 millones de personas en todo el mundo, caracterizada por una predisposición duradera a generar convulsiones epilépticas espontáneas y tiene numerosas consecuencias neurobiológicas, cognitivas y psicosociales. Casi el 80% de las personas con epilepsia viven en países de ingresos bajos y medios. Los factores de riesgo varían según el grupo de edad siendo las malformaciones del desarrollo cerebral prevalentes antes de la edad adulta, traumatismo craneoencefálico, infecciones y tumores en cualquier edad, la enfermedad cerebrovascular en personas mayores (17).

El consumo de alcohol afecta al 14% de la población adulta de 19 a 64 años. El alcohol mejora el estado de ánimo a corto plazo. Sin embargo, a largo plazo el efecto del alcohol a nivel serotoninérgico y dopaminérgico aumenta el riesgo de un desorden depresivo (18). Los factores de riesgo para el trastorno por consumo de alcohol son: antecedentes familiares de alcoholismo, sexo masculino, impulsividad, esquizofrenia preexistente o trastorno bipolar y un bajo nivel de respuesta al alcohol (19).

Se evidencia datos sobre el consumo de alcohol y su dependencia en las poblaciones rurales de Cumbe y Quingeo del 2017 (20) donde se indica que el 42,7% (n=41) presentó problemas de alcoholismo, mientras que el 27,1% (n=26) no tuvo problemas con el alcohol, siendo mayor en hombres, adultos jóvenes, empleados, solteros, con nivel educativo por encima de la secundaria y fumadores. Lamentablemente no hay estudios actuales que abarquen tal temática.

En contraste con lo ya expuesto, la afección de la salud mental no solo engloba la sintomatología que está bien delimitada en los criterios nosológicos del DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sino también debe evaluarse múltiples factores asociados: biológicos (genéticos y ambientales) y psicosociales como la edad adulta, mujer (sexo), divorciado o soltero (estado civil), población rural e indígena (procedencia y etnia), bajo nivel educativo, desempleo, alcoholismo, comorbilidades como la epilepsia; aún si, existen factores protectores como buen empleo, salud y educación (21) (22).

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales en más de 64.000 estudios han demostrado asociación, no obstante, existen dilemas para el diagnóstico, tratamiento y referencia, es así que a lo largo de los años se han elaborado infinidad de instrumentos de detección psiquiátrica que requieren tiempo y personal capacitado, empero, el test SRQ identifica depresión,

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo

Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



ansiedad, alcoholismo, psicosis y epilepsia requiriendo menos tiempo y personal (12). El Self Reporting Questionnaire es auto-aplicado y diseñado por la Organización Mundial de la Salud con la finalidad de ampliar la detección y atención de los problemas de salud mental en los servicios de atención primaria especialmente en países en desarrollo (6). Alcanza una sensibilidad que va desde el 90 % y una especificidad de 95 % de acuerdo a los estudios de Dhadphale, Desphande, Carta, entre otros de la revisión de instrumentos psiquiátricos del 2014 en Colombia (23) (24).

Siendo imperioso que de lo antes dicho nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los trastornos psicopatológicos más frecuentes en las personas de la parroquia Cumbe y sus factores asociados?

1.3.JUSTIFICACIÓN

La salud mental es un pilar establecido en la Constitución de la OMS donde el bienestar es su fin. La diversa sintomatología que acorde a clasificaciones internacionales de los padecimientos psiquiátricos como el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) que consta de 11 categorías de trastornos mentales y de comportamiento mientras que el DSM-5 presenta 18 grupos de trastornos, nos orientan al diagnóstico que no suele ser sencillo sin la compañía de un test.

Además, distintos factores alteran tal armonía entre los cuales el socioeconómico ha sido la estrategia sobre la cual se dirigen todos los esfuerzos para la promoción, prevención, curación y rehabilitación.

En países industrializados los trastornos mentales comunes han informado una prevalencia de 7 a 30%, con una media del 17% (12.5% en hombres y 20% en mujeres). En América Latina, África e India, la prevalencia excedió el 30% (25). De acuerdo a estadísticas de la OPS del 2017 existe alta prevalencia de depresión, ansiedad, suicidio y consumo de alcohol, a menudo pasando desapercibidas y no proporcionando tratamiento efectivo (3).

Los estudios han reportado consistentemente una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en todo el mundo, especialmente en países en desarrollo como en Ecuador que a pesar del fortalecimiento del Primer Nivel de Atención con la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural y, la constitución de equipos básicos de

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo

Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



salud, se evidencia que la depresión y la ansiedad continúan afectando en mayor medida, especialmente a las mujeres, presentándose tres veces más que en los hombres (5) (25).

En el Ecuador se han realizado estudios sobre trastornos psicopatológicos: en el Colegio Técnico Nacional Cumbe del Cantón Cuenca en 2013, se determinó la prevalencia de depresión en 11,06%, ansiedad 20,94% y para consumo de alcohol 18,59 % en estudiantes entre los 10 y 19 años (26); durante 2018 en establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención (sector norte, centro y sur de la ciudad de Quito) la prevalencia de retraso mental (21,2%), los trastornos relacionados a situaciones estresantes y somatomorfos (21%), en especial el de tipo mixto ansioso-depresivo con el 18,8%, con un promedio de 6,3 atenciones, seguido de los trastornos relacionados a la depresión (16%) de todas las edades (5).

Con los datos anteriores se evidencia que en el país existe una prevalencia de trastornos psicopatológicos significativa ; los estudios mencionados se realizaron en grupos etarios, geográficos y en línea de tiempo diferentes al presente estudio, siendo esta una razón por la que se justifica la realización del trabajo de investigación, en donde determinamos la prevalencia de depresión, ansiedad, psicosis, epilepsia, alcoholismo y sus factores asociados como sexo, edad, estado civil, etnia, entre otros en la población de Cumbe , pues los datos que se encontraron servirán para tomar medidas preventivas y decisiones por parte de las autoridades sanitarias de Cumbe, la provincia y de la Universidad de Cuenca.

Según el Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador las prioridades de investigación en salud son 19, ubicándose la esquizofrenia, abuso de alcohol y depresión en la primera a tercera línea de investigación del área de salud mental y trastornos del comportamiento, mientras que la epilepsia se ubica en la tercera línea de investigación del área neurológica número 17; con ello se motiva a la búsqueda de datos sobre el perfil epidemiológico (27). Acorde a la Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca se encuentra en el área de conocimiento de medicina clínica como problema de salud prevalente y prioritario, es así que el estudio o solución de los trastornos psiquiátricos se ha determinado necesaria por su pertinencia social y académica (28).

A través de este estudio se obtiene datos estadísticos acorde a nuestro medio de la relación entre trastornos psicopatológicos y los factores asociados, empleando un instrumento avalado por la OMS. El SRQ para justificar la prevalencia y así aplicar las medidas necesarias para disminuir el número de casos infradiagnosticados con la intención de que los profesionales de la



salud/estudiantes cuenten con información reciente para mejorar la condición psicológica de los pacientes, logrando proporcionar mayores oportunidades en la sociedad.

Según los resultados obtenidos en nuestro trabajo se podrá priorizar el cuidado de la salud mental de acuerdo a las características que pretende la población en estudio, la cuales serán entregadas al a las autoridades de la parroquia para que puedan implementar programas que salvaguarden la salud de sus pobladores, a nivel académico efectuar un paper digital para publicarla en una revista indexada y el respectivo informe final que plasme el brío de las investigadoras.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

TRASTORNOS DEPRESIVOS

La depresión es uno de los trastornos mentales que se observa con mayor frecuencia en los servicios primarios de salud; sin embargo, muy a menudo no se la reconoce y los pacientes solo reciben tratamiento para sus dolencias físicas pasándose por alto la depresión. Esta es una patología anímica, clínicamente detectable, diferente del abatimiento, la tristeza normal, o las reacciones de duelo (29).

Clasificación de los estados depresivos

- **Depresiones primarias:** son depresiones que no están relacionadas con ninguna otra patología médica o psicológica o que tienen antecedentes de trastornos afectivos (30).
- **Depresiones secundarias:** son las que están ligadas a otra psicopatología evidente o a una patología médica demostrable, mínimamente sistematizada (30).

El episodio depresivo puede ser leve, moderado o grave en el cual el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deteriora la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos, el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. Y dependiendo de la gravedad del episodio en el que se encuentre puede o no presentar dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias (31).

Cabe destacar que el episodio depresivo grave es el más preocupante pues sus síntomas son marcados y angustiantes, especialmente si se asocia con síntomas psicóticos como la aparición de alucinaciones, delirios y retraso psicomotor, lo cual imposibilita las actividades sociales corrientes y puede generar riesgos para la vida del paciente (31).



Diagnóstico y tratamiento

Los pilares clásicos del diagnóstico de la depresión es la anamnesis y la semiológica; que van de la mano con los criterios diagnósticos actualmente más utilizados tanto en la clínica como en los estudios de investigación, la Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10) y la de la American Psychiatric Association (DSM-5). A estos criterios diagnósticos se suman diferentes instrumentos que han demostrado poseer adecuadas propiedades psicométricas para la evaluación de la misma como: Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), la Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), el Patient Health Questionnaire (PHQ-9) y el Beck Depression Inventory (BDI). Pero ninguno de ellos puede sustituir a la entrevista clínica (30) (31) (32). Se sugiere solicitar biometría hemática, glucemia basal, T4, TSH y otros exámenes según criterio médico si se sospecha de depresión, para descartar otros trastornos o enfermedades que puedan presentar síntomas depresivos (31).

Años atrás, los únicos tratamientos efectivos para tratar las depresiones eran el choque insulínico hoy abandonado y el electrochoque, aún vigente. Esto se debió al descubrimiento de drogas eficaces, hoy utilizadas por su respuesta terapéutica maravillosa; a tal punto que hoy el tratamiento antidepresivo, dentro de la farmacología clínica es el más eficaz y seguro. A esto se suma el empleo de la psicoterapia la misma que busca hacer conciente lo inconciente y afrontarlo (30).

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Son trastornos que se caracterizan por la presencia de ansiedad o angustia, entendida como un efecto similar al miedo pero que a diferencia de éste, no tiene causa real y externa. Tienen una gran importancia epidemiológica dada su alta prevalencia, pero también porque son altamente tolerados por la población como si fuesen molestias somáticas desdeñables o porque también los equipos de salud no están suficientemente capacitados para identificar este tipo de trastorno (30).

Clasificación de los trastornos de ansiedad

- Trastorno de angustia con y sin agorafobia
- Agorafobia sin trastorno de angustia
- Fobia específica y fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático y por estrés agudo

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo

Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



- Trastorno de ansiedad: generalizada, inducido por sustancias y no debido a enfermedad médica, especificad.

Diagnóstico y tratamiento

Los trastornos de ansiedad están clasificados de acuerdo a criterios diagnósticos específicos del CIE 10 y/o DSM-5). Dentro de los cuales se incluyen como más representativos; la sensación de nerviosismo, agitación o tensión, sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe, aumento del ritmo cardíaco, respiración acelerada, sudoración, temblores y sensación de debilidad o cansancio (33). A estos criterios diagnósticos se suman escalas las cuales se usan como apoyo para fortalecer la detección del mismo, monitoreo e investigación; por lo cual son preferibles aquellas que son breves, fáciles de manejar e interpretar como la escala de Hamilton para Ansiedad (HARS), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la escala SPENCE para niños (30) (32).

Para el tratamiento de la ansiedad lo principal es establecer una excelente relación con el paciente, se le debe escuchar, dar apoyo y ofrecerse para estar disponible en caso necesario. Además de seguir las pautas recomendadas, el médico prescribirá medicamentos, si el caso lo justifica (32).

TRASTORNOS DEL ALCOHOLISMO

La Organización Mundial de la Salud lo determina como “toda forma de embriaguez que excede el consumo alimenticio tradicional y corriente o que sobrepasa los linderos de costumbres sociales. Es un trastorno que sufre una persona al ingerir licor con frecuencia y exceso, de tal forma que le puede ocasionar problemas de toda índole (familiares, laborales, sociales, psicológicos, personales y físicos). El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo, que va en aumento a medida que se desarrolla tolerancia a esta droga (34).

El abuso del alcohol y la dependencia del alcohol, dan lugar al trastorno por consumo de alcohol /alcohol use disorder (AUD) y su intensidad puede ser leve, moderada o grave dependiendo de su sintomatología (35).

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo

Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia. Los trastornos de alcoholismo están clasificados de acuerdo a criterios diagnósticos específicos del CIE-10 y del DSM-5 actualmente el más utilizado (35). La identificación de la sustancia psicótropa involucrada, puede hacerse mediante los datos proporcionados por el propio individuo, por los análisis de muestras de orina, sangre, etc, o de cualquier otra fuente. A más de esto, existen cuestionarios de detección precoz de bebedores problema los cuales son instrumentos sencillos de aplicar y que tienen valor desde el punto de vista clínico y epidemiológico; El TEST EBBA: Escala Breve Para la Detección del Beber Anormal, Alcohol use disorders identification test (AUDIT), CAGE es el acrónimo en inglés de cuttingdown, annoyance, guilty y eye-opene, Adolescent drinking index (ADI), Adolescent alcohol involvement scale (AAIS), entre otras. Podrían considerarse como los cuestionarios de detección más útiles en Atención Primaria (30).

El objetivo del tratamiento es el mantenimiento prolongado de la sobriedad total. Las recaídas son frecuentes por lo cual el tratamiento inicial exige la desintoxicación con ingreso hospitalario si fuera necesario y el tratamiento de cualquier síntoma de abstinencia, así como también la coexistencia de trastornos mentales los cuales se deben tratar cuando el paciente esté sobrio y preferentemente por especialistas. Este plan de tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario para tener excelentes resultados a futuro (36).

TRASTORNOS PSICÓTICOS

Las psicosis constituyen los trastornos mentales más graves que pueden llegar a un servicio primario de salud. En los que la pérdida de contacto con la realidad es muy llamativa la cual se da en distinto grado en muchos trastornos psiquiátricos, incluidas las neurosis graves, pero en los trastornos psicóticos este síntoma es más característico o grosero. Si bien su frecuencia no es muy alta, es indispensable poder identificarlas y tratarlas. A pesar de su gravedad y la forma dramática de presentación es posible darles un tratamiento ambulatorio adecuado (37).



Clasificación

Psicosis aguda: se caracterizan por ser transitorias. Se presentan crisis que alteran la personalidad del sujeto, los episodios pueden variar en la duración según sea el tipo de enfermedad, pueden volver al estado anterior de normalidad sin dejar ninguna secuela (38).

Psicosis crónica: debe haber predisposición psíquica, vulnerabilidad. Tiene 2 principios: clasificación clínica (síntomas, síndrome y signos) y clasificación etiológica (origen, causa de la patología). Por lo tanto es la desorganización de la conciencia (38).

El trastorno psicótico crónico más común y más discapacitante es la esquizofrenia la cual afecta al sistema nervioso central y suele comenzar entre los 20 y los 30 años de edad. Su causa no se conoce de manera completa todavía, pero se sabe de la importancia de factores genéticos y otros que afectan al desarrollo del tejido nervioso (37).

Diagnóstico y tratamiento

Se caracteriza por distorsión del pensamiento, la sensopercepción y el comportamiento. Para el diagnóstico de los trastornos mentales en nuestro medio, se utilizan tanto el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5), como la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima revisión de los Trastornos mentales y del comportamiento (The ICD-10 Classification of Mental and behavioural Disorders). Dentro de los cuales la persona presenta alteraciones en el pensamiento como creencias extrañas, falsas (ideas delirantes), alteraciones en la sensopercepción como alucinaciones auditivas las más comunes y mucho menos frecuentes las visuales o táctiles y alteraciones en el comportamiento como retraimiento y aislamiento social, desinterés, desmotivación, desconfianza, comportamiento extraño, descuido de hábitos y dificultad progresiva para el desempeño académico o laboral. Estos criterios diagnósticos pueden apoyarse de la ayuda de escalas psicométricas como el Test de personalidad Mini-Mult 82, Test de Millon, Test de Bender y Escala PANSS (sintomatología negativa y positiva de esquizofrenia) (39) (40).

El tratamiento requiere una excelente relación entre el personal de salud, el paciente y su familia. Siempre debe escucharse atentamente al paciente sin interrumpirlo; se le debe ofrecer ayuda y



apoyo en la medida que el paciente lo acepte. Deben obtenerse los datos de historia para así complementar la información del cuestionario. El médico se encargará de formular las medicinas que juzgue más adecuadas para tratar los cambios que ocurren a nivel motor (la agitación); posteriormente las alucinaciones, las ideas delirantes y las reacciones del individuo ante otras personas (39).

TRASTORNOS EPILÉPTICOS

La OMS y sus asociados reconocen que la epilepsia es un importante problema de salud pública. Es el desorden convulsivo que más interesa, pues su frecuencia es grande. Esta enfermedad crónica afecta el sistema nervioso central y hace que las personas tengan convulsiones recurrentes, estas convulsiones ocurren cuando los grupos de células nerviosas (neuronas) del cerebro envían señales erróneas, la causa es desconocida en la mayoría de los casos, en otros casos puede estar asociada a una variedad de trastornos dentro de los cuales están las infecciones del sistema nervioso central, como meningitis, abscesos cerebrales, traumatismos craneanos o intoxicación por drogas o alcohol. Para hablar de epilepsia hay que haber padecido al menos dos crisis (41).

Tipos de crisis epilépticas

Crisis focales o parciales: las crisis focales se originan en una sola parte del cerebro (42).

Crisis generalizadas: las crisis generalizadas son el resultado de una actividad neuronal anormal que emerge rápidamente en ambos lados del cerebro. (42).

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico es específicamente clínico, en donde se evidencia ataques epilépticos, pérdida del conocimiento, caída súbita al suelo, el cuerpo se pone rígido, hay movimientos violentos, mordeduras de lengua, entre otros. A esta etapa le sigue un periodo de relajación y sueño profundo, al término del cual el paciente no recuerda qué le pasó, ni donde se encuentra; se queja de dolor de cabeza, muscular, mareo y sueño. El ataque dura generalmente de dos a cinco minutos. A este cuadro se puede complementar con pruebas diagnósticas como: tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RM), electroencefalografía (EEG). También se suma la utilización de una batería comprensiva que cubren los principales dominios cognitivos:

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo
Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



atención/concentración, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidades visuo-espaciales y visuo-perceptivas, funciones ejecutivas, además del funcionamiento intelectual global (42) (43).

El objetivo terapéutico que se persigue durante un episodio de convulsiones es evitar que el paciente se haga daño físico. Si se está cerca del paciente, se le debe ayudar a acostarse cuidadosamente sobre una superficie blanda para evitar que el paciente caiga al suelo y pueda lastimarse. El tratamiento de elección es farmacológico generalmente bastante eficaz, el tiempo del tratamiento es indefinido y puede tomar años (44).

El SRQ (Self Reporting Questionnaire) (Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos)

Este instrumento mide cinco áreas específicas: depresión, ansiedad, alcoholismo, psicosis y epilepsia. Es usado en personas adultas y adolescentes mayores de 16 años. En caso de que la persona que completa el cuestionario no tenga al menos cinco años de escolaridad, las preguntas le deberán ser leídas. Consta de 30 preguntas de fácil indagación, pues presenta opciones de respuesta de SÍ y NO, además investiga situaciones específicas que haya vivido la persona en los últimos 30 días, brinda la posibilidad de determinar la situación de salud del usuario y valorar la presencia de una condición que pueda estar afectando su salud mental, por lo que su adecuado manejo permite su temprana identificación sobre todo de aquellos pacientes que necesiten tratamiento para que puedan ser asistidos dentro del sistema de salud general (45).

Estudios Internacionales con el SRQ

Romero A, Sánchez F, Lozano A. 2016, realizaron un estudio sobre la sintomatología psiquiátrica según el SRQ-18 realizado en un Hospital general de Lima, en pacientes ambulatorios con trastornos mentales en edades comprendidas entre 18 a 65 años, cuyos síntomas más frecuentes fueron: nerviosismo o tensión (70,95%); aburrimiento (62,5%), sentirse más importante que lo que piensan los demás (61,88%). Y los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes fue la esquizofrenia (33,8%) y trastorno depresivo (33,3%) (6).

Bareto do Carmo y colaboradores publicaron en la Revista Brasileira de Psiquiatria, 2018, sobre prevalencias de trastornos mentales comunes (CMD) evaluada con el cuestionario de autoinforme (SRQ-20), utilizando un punto de corte establecido en pacientes que presentaron este tipo de

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo
Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



trastornos se evidenció que en la escala de síntomas somáticos, la mayoría (49.14%) informaron dolores de cabeza, en la escala de energía vital reducida, el 14.2% reportó sufrimiento laboral diario y en la escala de pensamientos depresivos, el síntoma más comúnmente reportado fue la pérdida de interés en las cosas (23.7%) (46).

Cruz B. en la ciudad de Tacna (Perú), 2012, realizó un estudio utilizando la escala SRQ en un grupo de estudiantes de quinto grado de educación secundaria, en el cual se obtuvo que el 72% tienen algún trastorno depresivo, el 96% sufren un trastorno psicótico, el 4% un trastorno convulsivo y el 21% tienen alta probabilidad de sufrir problemas con el consumo de bebidas alcohólicas (47).

En Colombia, para la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, emplearon los instrumentos SRQ en pacientes de 18 hasta mayores de 45 años para establecer la prevalencia de problemas y trastornos mentales, se entrevistó a 13.200 hogares, el 13,5% de ellos en condición de pobreza; en cuanto a trastornos de ansiedad, se encontró que, en condición de pobreza tenían mayores prevalencias, el 2,47% de los adultos y el 4,41% de los adolescentes, en trastorno depresivo resultó más alto en los hogares no pobres, el 48% de los adultos y el 51,1% de los adolescentes (48).

Para evaluar el rendimiento del SRQ-20, en la evaluación de trastornos mentales comunes, con seguimiento de la salud mental en un contexto ocupacional. Se realizó un estudio en la población urbana de Feira de Santana, Bahía, Brasil en la cual se obtuvo una prevalencia estimada de trastornos mentales del 24%. La mayor consistencia interna se observó para el grupo de variables que comprenden el factor de ansiedad / comportamiento depresivo ($\alpha = 0,65$), seguido de síntomas somáticos ($\alpha = 0,62$), sin embargo, las otras dos dimensiones, el estado de ánimo deprimido ($\alpha = 0.59$) y la disminución de energía ($\alpha = 0.57$) presentaron coeficientes más bajos (49).

La Prevalencia de trastornos mentales en pacientes de los consultorios externos de medicina del hospital “José Agurto Tello de Chosica” Lima, 2015, cuyas edades oscilaban entre los 18 y 55 años, en los cuales se utilizó el Cuestionario de Autorreporte de Síntomas Psiquiátricos (SRQ), con el cual se realizó un tamizaje psicológico, para establecer qué porcentaje de la población presentaba síntomas de presumible enfermedad mental. Se pudo encontrar que la ansiedad (37.1%) es el trastorno con mayor prevalencia; seguido de la depresión (28.5%) como el segundo trastorno más prevalente, psicosis (22.5%), trastorno convulsivo (6%) en donde hay un predominio

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo
Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



mayor en mujeres que en hombres lo cual se contrasta con el alcoholismo (22.7%), donde los varones presentan indicadores mayores (50).

El SRQ (Self-Reporting Questionnaire) es una herramienta de evaluación psiquiátrica que originalmente incluía 30 preguntas. Un Estudio aplicando la versión brasileña de SRQ-20 (una versión que incluye los 20 ítems para trastornos mentales no psicóticos) y los 5 ítems para trastornos relacionados con el alcohol. Realizada a una comunidad en Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. En pacientes desde los 15 años con una muestra, 139 (28.7%) individuos que tenían algún diagnóstico de trastorno mental no psicótico. Ciento ocho (22.3%) individuos tenían un diagnóstico de trastorno depresivo actual. Sesenta (12.37%) individuos cumplieron los criterios para algún trastorno de ansiedad y (1.64%) para algún trastorno de somatización (51).

Estudio exploró las propiedades psicométricas de la herramienta de detección SRQ-20 en 200 pacientes entre 18 años o más de dos centros de emergencia de 24 horas en áreas urbanas de bajo nivel socioeconómico en Ciudad del Cabo, dentro de la muestra, la mayoría de los encuestados eran hombres (67%), menores de 40 años (73%) y no habían completado la escuela secundaria (67%). Poco más de la mitad de la muestra era soltera y empleada. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, excepto en la variable de educación secundaria. Significativamente más mujeres participantes habían completado la escuela secundaria (42%). Se diagnosticaron trastornos depresivos, ansiedad o tendencias suicidas actuales en un 27% (52).

En Urcuqui- Imbabura, 2017, se realizó un estudio mediante la aplicación del (SRQ) a un total de 310 habitantes comprendidos entre los 18-65 años, obteniéndose 96 casos positivos en el SRQ (31%). De los cuales 55 (17.7%) fueron positivos para neurosis, 31 casos (10.1%) para alcoholismo, 24 (7.7%) para psicosis y 6 (1.9%) para epilepsia. 164 familias (52,9%), presentaron algún grado de disfunción, siendo la disfunción leve la más frecuente con 93 casos (30%). El tipo de familia que predomina en la parroquia de Urcuquí es la nuclear (57.5%), pese a ello, la disfunción está presente y está relacionada a mayor riesgo de presentar trastornos mentales (53).

En la ciudad de Pelotas-Brasil, 2020, se dio seguimiento a 5.914 personas desde su nacimiento por 30 años, identificando con el test SRQ los trastornos mentales comunes (TMC), se evidencio que el color de la piel y el ingreso familiar no permanecieron asociados con TMC entre los hombres.



Por otro lado, los hombres con un nivel educativo más bajo tenían una prevalencia de TMC casi el doble que aquellos que tenían 12 años o más de educación. Vivir sin pareja y fumar también aumentó la prevalencia de TMC en más del 20%. La prevalencia de TMC fue 42% más alta para aquellos que estaban desempleados en el momento de la entrevista en relación con aquellos que tenían un trabajo. Mientras que las mujeres, se observó que las variables color de piel, estado civil, empleo actual y tabaquismo ya no se asociaron con TMC en el análisis ajustado. Sin embargo, las mujeres con un nivel de educación más bajo tenían una prevalencia de TMC más del doble que aquellas con un nivel de educación más alto (54).

Para el estudio de estos trastornos existen muchos instrumentos diagnósticos como los que se mencionan en cada uno de los apartados referentes a cada trastorno por separado. Pero hay diversos estudios que utilizaron y validaron el test SRQ el mismo que cuenta con alta sensibilidad y especificidad. Por ende, lo utilizaremos en nuestro estudio, el cual se realizará en la Parroquia Cumbe; a continuación, una breve descripción de la misma.



CAPÍTULO III

3.1.HIPÓTESIS

H0: la prevalencia de los trastornos psicopatológicos no está asociado a sexo, edad, instrucción, ocupación, etnia y estado civil.

H1: la prevalencia de los trastornos psicopatológicos está asociado a sexo, edad, instrucción, ocupación, etnia y estado civil.

3.2.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. Objetivo general

Determinar los trastornos psicopatológicos y factores asociados según el SRQ en personas de la Parroquia San Luis de Cumbe del Cantón Cuenca.

3.2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a la población a ser estudiada según la variable de sexo, edad, etnia, instrucción, ocupación, estado civil y procedencia.
- Identificar trastornos psicopatológicos como depresión, ansiedad, alcoholismo, psicosis y epilepsia.
- Determinar el grado de asociación entre los trastornos psiquiátricos y los factores asociados.



CAPÍTULO IV

4.1. Tipo de estudio

En la presente investigación se realizó un estudio cuantitativo transversal, que da cuenta de los trastornos psicopatológicos: depresión, ansiedad, alcoholismo, psicosis y epilepsia según el SRQ en personas de la parroquia San Luis de Cumbe del cantón Cuenca.

4.2. Área de investigación

La parroquia San Luis de Cumbe, está ubicado al sur del Cantón Cuenca, a una altura de 2.640 msnm, con una latitud de 3°4'5'' S y longitud de 79°0'46''w, Cumbe tiene una extensión de 71.4 km² (55) (56), representa el 2.3 por ciento del territorio cantonal, localizado a una distancia de 24 Km, de la ciudad de Cuenca, conectado por la vía asfaltada Cuenca – Loja (57). Teléfono del GAD de Cumbe: 2320008 Email: gadcumbe2019@gmail.com

4.3. Universo y muestra

4.3.1. Universo

El universo se conformó por individuos con mayoría de edad de sexo masculino y femenino que residen en la Parroquia de Cumbe del Cantón Cuenca. (N= 6.582 personas).

4.3.2. Muestra

Basándose en un universo conocido de 6.582 personas según los datos del Centro de Salud de Cumbe del año 2019 (58), con un nivel de confianza del 95%, margen de error del 5% y considerando una prevalencia del 50% (ya que, en estudios referentes a esta temática, se obtuvo valores de referencia tan bajos como 1, 6 hasta tan altos como 96%) (47) (51), por lo cual en nuestro estudio tomamos una muestra de más participantes para dar mayor aporte a dicha parroquia. Se obtuvo la muestra de esta parroquia mediante el cálculo con la fórmula muestral de poblaciones finitas ejecutado en SurveyMonkey.

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$



El tamaño de la muestra fue de 364 personas de la parroquia Cumbe, en base a ello se incluyó aleatoriamente a los participantes de acuerdo al factor K del muestreo sistemático:

$$\text{factor } k = \text{universo}/\text{muestra}$$

$$\text{factor } k = 6582/364$$

$$\text{factor } k = 18$$

Por lo que se escogió a la persona 1, 18, 36, 54, 72, 90 y así sucesivamente hasta obtener 364 personas.

4.4. Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1. Criterios de inclusión

Se incluyó en el estudio a todos los individuos con mayoría de edad residentes de Cumbe durante el año 2020, que aceptaron participar en la investigación y firmaron un consentimiento informado.

4.4.2. Criterios de exclusión

Personas con problemas físicos o mentales que afectan la comunicación o la aplicación de los instrumentos tales como problemas visuales, hipoacusia, demencia, retardo mental y autismo.

4.5. Variables

Variable independiente	Variable dependiente
<ul style="list-style-type: none">● Sexo● Edad● Etnia● Instrucción● Ocupación● Estado civil	<ul style="list-style-type: none">● Ansiedad● Depresión● Alcoholismo● Psicosis● Epilepsia



4.6. Métodos, técnicas e instrumentos

4.6.1. Métodos

El método que empleamos en nuestro estudio cuantitativo descriptivo es la observación sistemática, la misma que nos ayudó a medir uniformemente las variables psicopatológicas mediante el instrumento estandarizado del Test SRQ.

4.6.2. Técnicas

Las técnicas comprenden la observación directa y aplicación de encuesta, considerando que, durante la emergencia sanitaria por el COVID-19 se informó al GAD Parroquial (Anexo 1), quien colaboró comunicando a la población sobre las normas de bioseguridad a seguir durante la recolección de datos a más de aplicar el uso de mascarillas KN-95, visores, gel antibacterial, esferos para cada participante y a distancia de 1,5 metros, evitando exponer a riesgo de contagio a los participantes e investigadoras.

4.6.3. Instrumentos (Anexo 2 y 3)

Se empleó una encuesta sociodemográfica edad, sexo, etnia, instrucción, ocupación, estado civil, procedencias creadas por las autoras y luego se aplicó el Test SRQ, que consta de preguntas cerradas dicotómicas sobre ansiedad, depresión, consumo de alcohol, síntomas psicóticos y epilepsia, los mismos que fueron enfocados de acuerdo a los objetivos planteados. Este test tiene la ventaja de su fácil aplicabilidad e identificación de casos con alto riesgo de sufrir enfermedad mental, su aplicación no tomó más de 15 minutos. Constituye un instrumento netamente confiable pues dispone de una sensibilidad que va desde el 90 % y una especificidad de 95 %, tornándolo como tal en un método eficaz (23) (24).

Puntuación e interpretación: Cada respuesta positiva equivale a un (1) punto, así, las primeras 20 preguntas evaluaron trastornos depresivos y de angustia, la depresión se evaluó mediante 12 preguntas: 2, 3, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18; la presencia de depresión se indicó cuando existió 7 o más preguntas positivas. La ansiedad se valoró con las siguientes 10 preguntas: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 19 y 20; definiéndose como presencia de ansiedad la suma de 5 respuestas afirmativas. Las preguntas 21 a 24 fueron indicativas de psicosis con la presencia de al menos 1 respuesta

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo
Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



afirmativa. La pregunta 25 evaluó epilepsia. Y una sola respuesta positiva en las preguntas 26 a 30 significó problemas relacionados con alcohol.

4.7.Tabulación y análisis

La información obtenida fue registrada en una base de datos en Microsoft Excel 2013, y procesada en el paquete estadístico versión de prueba por 30 días SPSS 25 por medio de tablas y gráficos.

Para determinar la asociación entre los trastornos mentales y los factores asociados estudiados, se obtuvo el OR, con su intervalo de confianza al 95% y determinó la significancia estadística obteniendo el valor de p mediante el chi cuadrado.

4.8.Aspectos éticos

Los individuos participaron en el estudio una vez que firmaron el consentimiento informado (ver anexo 4) de manera voluntaria y sin remuneración económica. La información que nos proporcionaron fue almacenada con absoluta confidencialidad a través de código numérico, los datos fueron utilizados únicamente para el estudio. Aprobado el informe final por el tribunal calificador los datos serán eliminados y destruidos. Además, se permitió que los datos recogidos puedan ser sujetos a verificación. Y cabe mencionar que la aplicación de este test no generó ningún riesgo para los participantes. Además, se declaró que la investigación no presentó conflicto de interés.



CAPÍTULO V

5.1.RESULTADOS Y TABLAS

En la Parroquia de Cumbe con una población de 6.582, se obtuvo una muestra de 364 personas, las mismas que cumplieron los criterios de inclusión. Para una mejor organización se colocaron los participantes según los ciclos de vida del Ministerio de Salud Pública del Ecuador: adolescente (18-19 años exceptuando los individuos menores de edad), adulto joven (20-39 años), adulto (40-64 años), adulto mayor (65 años o más) (59). Los datos fueron revisados, corregidos y procesados en Excel 2013 y en IBM SPSS versión 25 de prueba; siendo los datos analizados a continuación.

Tabla 1. Caracterización de 364 individuos pertenecientes a la parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020.

	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
		N=364	100%
Sexo	Hombre	175	48,1
	Mujer	189	51,9
Edad	Adolescente	8	2,2
	Adulto Joven	211	58,0
	Adulto	131	36,0
	Adulto mayor	14	3,8
Etnia	Mestizo	281	77,2
	Indígena	49	13,5
	Afroecuatoriano	2	0,5
	Blanco	32	8,8
Instrucción	Ninguna	24	6,6
	Primaria	185	50,8
	Secundaria	127	34,9
	Tercer nivel	26	7,1
	Cuarto Nivel	2	0,5
Ocupación	Agricultor	78	21,4
	Artesano	34	9,3
	Comerciante	126	34,6
	Desempleado	36	9,9
	Otro	90	24,7
Estado Civil	Casado	173	47,5
	Unión Libre	60	16,5
	Soltero	88	24,2
	Viudo	22	6,0
	Divorciado	21	5,8

Fuente: Base de datos

Elaboración: Campoverde Gabriela, Domínguez Jacqueline



La población en estudio estuvo conformada por 51,9% de mujeres (189/364). El 58% (211/364) eran adultos jóvenes, mientras que el 36% (131/364) eran adultos. El 77,2% (281/364) eran mestizos. Mientras que el 13,5% (49/364) eran indígenas, el 50,8% (185/364) cursaron la primaria, mientras que el 0,5% (2/364) cursaron el cuarto nivel. El 34,6% (126/364) eran comerciantes, 24,7% (90/364) tenían otra ocupación y el 9,3% (34/364) eran artesanos. Un 47,5% (173/364) eran casados y el 24,2% (88/364) eran solteros.



Tabla 2. Trastornos psicopatológicos de 364 individuos pertenecientes a la parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020.

VARIABLE		FRECUENCIA N=364	PORCENTAJE 100%
Depresión	Sí	70	19,2
	No	294	80,8
Ansiedad	Sí	148	40,7
	No	216	59,3
Psicosis	Sí	48	13,2
	No	316	86,8
Epilepsia	Sí	24	6,6
	No	340	93,4
Alcoholismo	Sí	48	13,2
	No	316	86,8

Fuente: Base de datos

Elaboración: Campoverde Gabriela, Domínguez Jacqueline

En la población en estudio el 19,2% (70/364) con depresión, 40,7% (148/364) con ansiedad, 13,2% (48/364) con psicosis, 6,6% (24/364) con epilepsia y el 13,2% (48/364) con alcoholismo.



Tabla 3. Distribución por sexo y edad de 364 individuos pertenecientes a la parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020.

VARIABLE		EDAD				SEXO	
		Adolescente	Adulto Joven	Adulto	Adulto Mayor	Hombre	Mujer
Depresión		n= 8 (100%)	n= 211 (100%)	n= 131 (100%)	n= 14 (100%)	n= 175 (100%)	n= 189 (100%)
	Presente	2 (25)	33 (15.6)	30 (22.9)	5 (35.7)	23 (13.1)	47 (24.9)
	Ausente	6 (75)	178 (84.4)	101 (77.1)	9 (64.3)	152 (86.9)	142 (75.1)
Ansiedad	Presente	3 (37.5)	76 (36)	60 (45.8)	9 (64.3)	55 (31.4)	93 (49.2)
	Ausente	5 (62.5)	135 (64)	71 (54.2)	5 (35.7)	120 (68.6)	96 (50.8)
Piscosis	Presente	0 (0)	22 (10.4)	24 (18.3)	2 (14.3)	20 (11.4)	28 (14.8)
	Ausente	8 (100)	189 (89.6)	107 (81.7)	12 (85.7)	155 (88.6)	161 (85.2)
Epilepsia	Presente	0 (0)	15 (7.1)	8 (6.1)	1 (7.1)	13 (7.4)	11 (5.8)
	Ausente	8 (100)	196 (92.9)	123 (93.9)	13 (92.9)	162 (92.6)	178 (94.2)
Alcoholismo	Presente	0 (0)	22 (10.4)	24 (18.3)	2 (14.3)	20 (11.4)	28 (14.8)
	Ausente	8 (100)	189 (89.6)	107 (81.7)	12 (85.7)	155 (88.6)	161 (85.2)

Fuente: Base de datos

Elaboración: Campoverde Gabriela, Domínguez Jacqueline

En este estudio los adultos jóvenes presentaron depresión en el 15,6% (33/364) de los cuales son mujeres el 24,9% (47/364) en relación a los hombres con el 13,1% (23/364), 36% (76/364) presentó ansiedad de los cuales el 49,2% (96/364) fueron mujeres, mientras que el 31,4%

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo
Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



(55/364) fueron hombres, el 7,1% (15/364) presentó epilepsia de los cuales el 7,4% (13/364) fueron hombres y el 5,8% (11/364) fueron mujeres. Se evidenció que la psicosis se presentó en un 18,3% (24/364) y el alcoholismo en un 10,4% (22/364) de los cuales 14,8% (28/364) fueron mujeres y el 11,4% (20/364) fueron hombres.

Tabla 4. Distribución por etnia de 364 individuos pertenecientes a la parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020.

VARIABLE		ETNIA			
		Mestizo	Indígena	Afroecuatoriano	Blanco
		n= 281 (100%)	n= 49 (100%)	n= 2 (100%)	n= 32 (100%)
Depresión	Presente	56 (19.9)	5 (10.2)	1 (50.0)	8 (25.0)
	Ausente	225 (80.1)	44 (89.8)	1 (50.0)	24 (75.0)
Ansiedad	Presente	125 (44.5)	11 (22.4)	1 (50.0)	11 (34.4)
	Ausente	156 (55.5)	38 (77.6%)	1 (50.0)	21 (65.6)
Psicosis	Presente	41 (14.6)	5 (10.2)	0 (0.0)	2 (6.3)
	Ausente	240 (85.4)	44 (89.8)	2 (100.0)	30 (93.8)
Epilepsia	Presente	20 (7.1)	1 (2.0)	1 (50.0)	2 (6.3)
	Ausente	261 (92.9)	48 (98.0)	1 (50.0)	30 (93.8)
Alcoholismo	Presente	41 (14.6)	5 (10.2)	0 (0.0)	2 (6.3)
	Ausente	240 (85.4)	44 (89.8)	2 (100.0)	30 (93.8)

Fuente: Base de datos

Elaboración: Campoverde Gabriela, Domínguez Jacqueline

En este estudio de acuerdo a la etnia los mestizos presentaron depresión en el 19,9% (56/364), ansiedad en el 44,5% (125/364), psicosis 14,6% (41/364), epilepsia 7,1% (20/364) y alcoholismo 14,6% (41/364).



Tabla 5. Distribución por instrucción de 364 individuos pertenecientes a la parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020.

VARIABLE		INSTRUCCIÓN				
		Ninguna n= 24 (100%)	Primaria n= 185 (100%)	Secundaria n= 127 (100%)	Tercer Nivel n= 26 (100%)	Cuarto Nivel n= 2 (100%)
Depresión	Presente	8 (33.3)	37 (20)	22 (17.3)	3 (11.5)	0 (0)
	Ausente	16 (66.7)	148 (80)	105 (82.7)	23 (88.5)	2 (100)
Ansiedad	Presente	11 (45.8)	79 (42.7)	51 (40.2)	7 (26.9)	0 (0)
	Ausente	13 (54.2)	106 (57.3)	76 (59.8)	19 (73.1)	2 (100)
Piscosis	Presente	6 (25)	27 (14.6)	13 (10.2)	2 (7.7)	0 (0)
	Ausente	18 (75)	158 (85.4)	114 (89.8)	24 (92.3)	2 (100)
Epilepsia	Presente	2 (8.3)	15 (8.1)	7 (5.5)	0 (0)	0 (0)
	Ausente	22 (91.7)	170 (91.9)	120 (94.5)	26 (100)	2 (100)
Alcoholismo	Presente	6 (25)	27 (14.6)	13 (10.2)	2 (7.7)	0 (0)
	Ausente	18 (75)	158 (85.4)	114 (89.8)	24 (92.3)	2 (100)

Fuente: Base de datos

Elaboración: Campoverde Gabriela, Domínguez Jacqueline

En este estudio de acuerdo a la instrucción el 33.3% (8/24) presentaron depresión, en el 45,8% (11/24) ansiedad, en el 25% (6/24) psicosis, el 8.3% (2/24) epilepsia y el 25% (6/24) alcoholismo; los cuales no tenían instrucción.



Tabla 6. Distribución por ocupación de 364 individuos pertenecientes a la parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020.

VARIABLE		OCUPACIÓN				
		Agricultor n= 78 (100%)	Artesano n= 34 (100%)	Comerciante n= 126 (100%)	Desempleado n= 36 (100%)	Otro n= 90 (100%)
Depresión	Presente	18 (23.1)	3 (8.8)	22 (17.5)	8 (22.2)	19 (21.1)
	Ausente	60 (76.9)	31 (91.2)	104 (82.5)	28 (77.8)	71 (78.9)
Ansiedad	Presente	32 (41.0)	14 (41.2)	45 (35.7)	19 (52.8)	38 (42.2)
	Ausente	46 (59.0)	20 (58.8)	81 (64.3)	17 (47.2)	52 (57.8)
Piscosis	Presente	9 (11.5)	3 (8.8)	18 (14.3)	5 (13.9)	13 (14.4)
	Ausente	69 (88.5)	31 (91.2)	108 (85.7)	31 (86.1)	77 (85.6)
Epilepsia	Presente	3 (3.8)	6 (17.6)	10 (7.9)	2 (5.6)	3 (3.3)
	Ausente	75 (96.2)	28 (82.4)	116 (92.1)	34 (94.4)	87 (96.7)
Alcoholismo	Presente	9 (11.5)	3 (8.8)	18 (14.3)	5 (13.9)	13 (14.4)
	Ausente	69 (88.5)	31 (91.2)	108 (85.7)	31 (86.1)	77 (85.6)

Fuente: Base de datos

Elaboración: Campoverde Gabriela, Domínguez Jacqueline

En este estudio de acuerdo a la ocupación los agricultores presentaron depresión en un 23.1% (18/78), ansiedad en un 52.8% (19/36) de desempleados, epilepsia en un 17.6% (6/34) de artesanos, la población con otra profesión presentó psicosis en un 14.4% (13/90) y alcoholismo en un 14.4% (13/90).



Tabla 7. Distribución por estado civil de 364 individuos pertenecientes a la parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020.

VARIABLE		ESTADO CIVIL				
		Casado n= 173 (100%)	Unión Libre n= 60 (100%)	Soltero n= 88 (100%)	Viudo n= 22 (100%)	Divorciado n= 21 (100%)
Depresión	Presente	36 (20.8)	10 (16.7)	15 (17.0)	5 (22.7)	4 (19.0)
	Ausente	137 (79.2)	50 (83.3)	73 (83.0)	17 (77.3)	17 (81.0)
Alcoholismo	Presente	74 (42.8)	22 (36.7)	33 (37.5)	10 (45.5)	9 (42.9)
	Ausente	99 (57.2)	38 (63.3)	55 (62.5)	12 (54.5)	12 (57.1)
Piscosis	Presente	28 (16.2)	3 (5.0)	9 (10.2)	3 (13.6)	5 (23.8)
	Ausente	145 (83.8)	57 (95.0)	79 (89.8)	19 (86.4)	16 (76.2)
Epilepsia	Presente	7 (4.0)	9 (15.0)	6 (6.8)	1 (4.5)	1 (4.8)
	Ausente	166 (96.0)	51 (85.0)	82 (93.2)	21 (95.5)	20 (95.2)
Alcoholismo	Presente	28 (16.2)	3 (5.0)	9 (10.2)	3 (13.6)	5 (23.8)
	Ausente	145 (83.8)	57 (95.0)	79 (89.8)	19 (86.4)	16 (76.2)

Fuente: Base de datos

Elaboración: Campoverde Gabriela, Domínguez Jacqueline

En este estudio de acuerdo al estado civil los viudos presentaron un 22.7% (5/22) de depresión y ansiedad en un 45.5% (10/22), divorciados con psicosis en un 23.8% (5/21) y alcoholismo 23.8% (5/21), epilepsia en 15% (9/60) de personas en unión libre.



Tabla 8. Factores de riesgo de depresión de 364 individuos pertenecientes a la parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020.

VARIABLE		DEPRESIÓN				
		Presente	Ausente	OR	IC (95%)	Valor p
Sexo	Mujer	47 (24.9)	142 (75.1)	0,457	0.264 - 0.791	0,005
	Hombre	23 (13.1)	152 (86.9)			
Edad	Adolescente	2 (25)	6 (75)	0,708	0.140 - 3.586	0,675
	Adulto joven	33 (15.6)	178 (84.4)	1,720	1.018 - 2.906	0,041
	Adulto	30 (22.9)	101 (77.1)	0,697	0.410 - 1.187	0,182
	Adulto mayor	5 (35.7)	9 (64.3)	0,410	0.133 - 1.266	0,110
Instrucción	Ninguna (analfabeto)	8 (33.3)	16 (66.7)	0,446	0.183 - 1.089	0,069
	Primaria	37 (20)	148 (80)	0,904	0.536 - 1.524	0,705
	Secundaria	22 (17.3)	105 (82.7)	1,212	0.694 - 2.118	0,498
	Tercer nivel	3 (11.5)	23 (88.5)	1,895	0.553 - 6.501	0,301
	Cuarto nivel	0 (0)	2 (100)			0,488
Ocupación	Agricultor	18 (23.1)	60 (76.9)	0,741	0.404 - 1.358	0,331
	Artesano	3 (8.8)	31 (91.2)	2,632	0.781 - 8.873	0,106
	Comerciante	22 (17.5)	104 (82.5)	1,194	0.683 - 2.087	0,533
	Desempleado	8 (22.2)	28 (77.8)	0,816	0.355 - 1.876	0,631
	Otro	19 (21.1)	71 (78.9)	0,855	0.473 - 1.543	0,602
Estado civil	Casado	36 (20.8)	137 (79.2)	0,824	0.489 - 1.389	0,467
	Unión libre	10 (16.7)	50 (83.3)	1,23	0.589 - 2.565	0,589 - 2.565
	Soltero	15 (17.0)	73 (83.0)	1,211	0.646 - 2.272	0,55
	Viudo	5 (22.7)	17 (77.3)	0,798	0.284 - 2.242	0,668
	Divorciado	4 (19.0)	17 (81.0)	1,013	1,013	0,982

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo
 Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



Etnia	Mestizo	56 (19.9)	225 (80.1)	0,815	0,428 - 1,553	0,534
	Indígena	5 (10.2)	44 (89.8)	2,288	0,872 - 6,002	0,085
	Afroecuatoriano	1 (50.0)	1 (50.0)	0,235	0,015 - 3,812	0,268
	Blanco	8 (25.0)	24 (75.0)	0,689	0,295 - 1,606	0,386

Fuente: Base de datos

Elaboración: Campoverde Gabriela, Domínguez Jacqueline

El ser mujer es 0,457 (IC95%: 0.264 - 0.791) veces menos riesgo para tener depresión, y esto es estadísticamente significativo (p=0,005). El ser adulto joven es 1,720 (IC95%: 1.018 - 2.906) veces más riesgo para tener depresión, y esto es estadísticamente significativo (p=0,041).

Tabla 9. Factores de riesgo de ansiedad de 364 individuos pertenecientes a la parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020.

VARIABLE		ANSIEDAD		OR	IC (95%)	Valor p
		Presente	Ausente			
Sexo	Mujer	93 (49.2)	96 (50.8)	0,473	0.308 - 0.726	0,001
	Hombre	55 (31.4)	120 (68.6)			
Edad	Adolescente	3 (37.5)	5 (62.5)	1,145	0.270 - 4.868	0,854
	Adulto joven	76 (36)	135 (64)	1,578	1.033 - 2.413	0,034
	Adulto	60 (45.8)	71 (54.2)	0,718	0.465 - 1.108	0,134
	Adulto mayor	9 (64.3)	5 (35.7)	0,365	0.120 - 1.115	0,066
Instrucción	Ninguna (analfabeto)	11 (45.8)	13 (54.2)	0,797	0.347 - 1.832	0,593
	Primaria	79 (42.7)	106 (57.3)	0,841	0.554 - 1.280	0,419
	Secundaria	51 (40.2)	76 (59.8)	1,032	0.665 - 1.602	0,886
	Tercer nivel	7 (26.9)	19 (73.1)	1,942	0.795 - 4.746	0,138
	Cuarto nivel	0 (0)	2 (100)			0,240
Ocupación	Agricultor	32 (41.0)	46 (59.0)	0,981	0.589 - 1.632	0,941

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo
Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



	Artesano	14 (41.2)	20 (58.8)	0,977	0,477 - 2,001	0,949
	Comerciante	45 (35.7)	81 (64.3)	1,375	0,88 - 2,144	0,162
	Desempleado	19 (52.8)	17 (47.2)	0,58	0,291 - 1,157	0,119
	Otro	38 (42.2)	52 (57.8)	0,918	0,566 - 1,488	0,728
Estado civil	Casado	74 (42.8)	99 (57.2)	0,846	0,557 - 1,286	0,434
	Unión libre	22 (36.7)	38 (63.3)	1,22	0,690 - 2,167	0,491
	Soltero	33 (37.5)	55 (62.5)	1,19	0,727 1,95	0,488
	Viudo	10 (45.5)	12 (54.5)	0,812	0,341 - 1,931	0,637
	Divorciado	9 (42.9)	12 (57.1)	0,908	0,373 - 2,214	0,833
	Mestizo	125 (44.5)	156 (55.5)	0,478	0,280 - 0,817	0,006
Etnia	Indígena	11 (22.4)	38 (77.6%)	2,659	1,311 - 5,392	0,005
	Afroecuatoriano	1 (50.0)	1 (50.0)	0,684	0,042 - 11,018	0,787
	Blanco	11 (34.4)	21 (65.6)	1,341	0,626 2,872	0,449

Fuente: Base de datos

Elaboración: Campoverde Gabriela, Domínguez Jacqueline

El ser mujer es 0,473 (IC95%:0.308 - 0.726) veces menos riesgo para padecer ansiedad, siendo estadísticamente significativo (p=0,001).

El ser adulto joven es 1,578 (IC95%:1.033 - 2.413) veces más riesgo para padecer ansiedad, siendo estadísticamente significativo (p=0,034).

El ser de etnia mestizo es 0,478 (IC95%: 0.280 - 0.817) veces menos riesgo de tener ansiedad, siendo estadísticamente significativo (p=0,006); y el ser de etnia indígena es 2,659 (IC95%: 1,311-5,392) veces más riesgo de tener ansiedad, siendo estadísticamente significativo (p=0,005).



Tabla 10. Factores de riesgo de psicosis de 364 individuos pertenecientes a la parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020.

VARIABLE		PSICOSIS				Valor p
		Presente	Ausente	OR	IC (95%)	
Sexo	Hombre	20 (11.4)	155 (88.6)	0,742	0.401 - 1.372	0,340
	Mujer	28 (14.8)	48 (13.2)			
Edad	Adolescente	0 (0)	8 (100)			0,264
	Adulto joven	22 (10.4)	189 (89.6)	1,758	0.955 – 3.239	0,067
	Adulto	24 (18.3)	107 (81.7)	0,511	0.278 - 0.944	0,029
	Adulto mayor	2 (14.3)	12 (85.7)	0,907	0.197 - 4.187	0,901
Instrucción	Ninguna (analfabeto)	6 (25)	18 (75)	0,422	0.159 - 1.125	0,076
	Primaria	27 (14.6)	158 (85.4)	0,777	0.422 - 1.433	0,419
	Secundaria	13 (10.2)	114 (89.8)	1,519	0.772 - 2.989	0,223
	Tercer nivel	2 (7.7)	24 (92.3)	1,890	0.432 - 8.268	0,390
	Cuarto nivel	0 (0)	2 (100)			0,580
Ocupación	Agricultor	9 (11.5)	69 (88.5)	1,211	0.559 - 2.621	0,627
	Artesano	3 (8.8)	31 (91.2)	1,632	0.479 – 5.56	0,43
	Comerciante	18 (14.3)	108 (85.7)	0,865	0.461 - 1.623	0,652
	Desempleado	5 (13.9)	31 (86.1)	0,935	0.345 - 2.536	0,896
	Otro	13 (14.4)	77 (85.6)	0,867	0.437 - 1.723	0,684
Estado civil	Casado	28 (16.2)	145 (83.8)	0,606	0.327 - 1.120	0,108
	Unión libre	3 (5.0)	57 (95.0)	3,301	0.991 - 10.997	0,04
	Soltero	9 (10.2)	79 (89.8)	1,444	0.67 – 3.114	0,346
	Viudo	3 (13.6)	19 (86.4)	0,96	0.273 – 3.374	0,949

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo
 Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



	Divorciado	5 (23.8)	16 (76.2)	0,459	0.16 – 1.316	0,138
Etnia	Mestizo	41 (14.6)	240 (85.4)	0,539	0,232 - 1,251	0,145
	Indígena	5 (10.2)	44 (89.8)	1,391	0,522 – 3,704	0,507
	Afroecuatoriano	0 (0.0)	2 (100.0)			0,580
	Blanco	2 (6.3)	30 (93.8)	2,413	0,558 - 10,439	0,225

Fuente: Base de datos

Elaboración: Campoverde Gabriela, Domínguez Jacqueline

El ser adulto es 0,511 (IC95%: 0.278 - 0.944) veces menos riesgo para tener psicosis, siendo estadísticamente significativo (p=0,029).

Tabla 11. Factores de riesgo de epilepsia de 364 individuos pertenecientes a la parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020.

	VARIABLE	EPILEPSIA			IC (95%)	Valor p
		Presente	Ausente	OR		
Sexo	Hombre	13 (7.4)	162 (92.6)	1,299	0.566 - 2.980	0,537
	Mujer	11 (5.8)	178 (94.2)			
Edad	Adolescente	0 (0)	8 (100)			0,447 6
	Adulto joven	15 (7.1)	196 (92.9)	0,816	0.348 - 1.918	0,641 1
	Adulto	8 (6.1)	123 (93.9)	1,133	0.472 - 2.725	0,779 2
	Adulto mayor	1 (7.1)	13 (92.9)	0,914	0.115 - 7.300	0,932 9
Instrucción	Ninguna (analfabeto)	2 (8.3)	22 (91.7)	0,761	0.168 - 3.447	0,722
	Primaria	15 (8.1)	170 (91.9)	0,6	0.256 - 1.408	0,236 8
	Secundaria	7 (5.5)	120 (94.5)	1,324	0.534 - 3.284	0,542 6
	Tercer nivel	0 (0)	26 (100)			0,159 2
	Cuarto nivel	0 (0)	2 (100)			0,706 3
Ocupación	Agricultor	3 (3.8)	75 (96.2)	1,981	0.575 – 6.823	0,27

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo
Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



	Artesano	6 (17.6)	28 (82.4)	0,269	0.099 - 0.733	0,006
	Comerciante	10 (7.9)	116 (92.1)	0,725	0.312 - 1.683	0,452
	Desempleado	2 (5.6)	34 (94.4)	1,22	0.275 - 5.425	0,792
	Otro	3 (3.3)	87 (96.7)	2,407	0.701 - 8.268	0,151
Estado civil	Casado	7 (4.0)	166 (96.0)	2,317	0.937 - 5.730	0,062
	Unión libre	9 (15.0)	51 (85.0)	0,294	0.122 - 0.708	0,004
	Soltero	6 (6.8)	82 (93.2)	0,953	0.366 - 2.482	0,922
	Viudo	1 (4.5)	21 (95.5)	1,514	0.195 - 11.764	0,69
	Divorciado	1 (4.8)	20 (95.2)	1,438	0.185 - 11.194	0,728
	Etnia	Mestizo	20 (7.1)	261 (92.9)	0,661	0.219 - 1,990
Indígena		1 (2.0)	48 (98.0)	3,781	0,499 - 28,651	0,167
Afroecuatoriano		1 (50.0)	1 (50.0)	0,068	0,004 - 1,120	0,013
Blanco		2 (6.3)	30 (93.8)	1,065	0,239 - 4,784	0,935

Fuente: Base de datos

Elaboración: Campoverde Gabriela, Domínguez Jacqueline

El ser artesano es 0,269 (IC 95%: 0.099- 0.733) veces menos riesgo para tener epilepsia y esto es estadísticamente significativo ($p=0,006$) < 0.05.

El estado civil de unión libre es 0,294 (IC95%: 0.122 – 0.708) veces menos riesgo para padecer epilepsia, siendo estadísticamente significativo ($p=0,004$).



Tabla 12. Factores de riesgo de alcoholismo de 364 individuos pertenecientes a la parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020.

	VARIABLE	ALCOHOLISMO			IC (95%)	Valor p
		Presente	Ausente	OR		
Sexo	Hombre	20 (11.4)	155 (88.6)	0,742	0.401 - 1.372	0,340
	Mujer	28 (14.8)	161 (85.2)			
Edad	Adolescente	0 (0)	8 (100)			0,2646
	Adulto joven	22 (10.4)	189 (89.6)	1,758	0.955 - 3.239	0,0679
	Adulto	24 (18.3)	107 (81.7)	0,511	0.278 - 0.944	0,0291
	Adulto mayor	2 (14.3)	12 (85.7)	0,907	0.197 - 4.187	0,9018
Instrucción	Ninguna (analfabeto)	6 (25)	18 (75)	0,422	0.159 - 1.125	0,0763
	Primaria	27 (14.6)	158 (85.4)	0,777	0.422 - 1.433	0,419
	Secundaria	13 (10.2)	114 (89.8)	1,519	0.772 - 2.989	0,2237
	Tercer nivel	2 (7.7)	24 (92.3)	1,890	0.432 - 8.268	0,3908
	Cuarto nivel	0 (0)	2 (100)			0,5801
Ocupación	Agricultor	9 (11.5)	69 (88.5)	1,211	0.559 - 2.621	0,627
	Artesano	3 (8.8)	31 (91.2)	1,632	0.479 - 5.56	0,43
	Comerciante	18 (14.3)	108 (85.7)	0,865	0.461 - 1.623	0,652
	Desempleado	5 (13.9)	31 (86.1)	0,935	0.345 - 2.536	0,896
	Otro	13 (14.4)	77 (85.6)	0,867	0.437 - 1.723	0,684
Estado civil	Casado	28 (16.2)	145 (83.8)	0,606	0.327 - 1.120	0,108
	Unión libre	3 (5.0)	57 (95.0)	3,301	0.991 - 10.997	0,04
	Soltero	9 (10.2)	79 (89.8)	1,444	0.67 - 3.114	0,346
	Viudo	3 (13.6)	19 (86.4)	0,96	0.273 - 3.374	0,949
	Divorciado	5 (23.8)	16 (76.2)	0,459	0.16 -	0,138

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo
Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



					1.316	
Etnia	Mestizo	41 (14.6)	240 (85.4)	0,539	0,232 - 1,251	0,145
	Indígena	5 (10.2)	44 (89.8)	1,391	0,522 - 3,704	0,507
	Afroecuatoriano	0 (0.0)	2 (100.0)			0,580
	Blanco	2 (6.3)	30 (93.8)	2,413	0,558 - 10,439	0,225

Fuente: Base de datos

Elaboración: Campoverde Gabriela, Domínguez Jacqueline

El ser adulto es 0,511 (IC95%: 0.278 - 0.944) veces menos riesgo para tener alcoholismo, siendo estadísticamente significativo ($p=0,029$).

5.2.CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Con estos resultados, rechazamos la H_0 y aceptamos la H_1 en relación a que ser adulto joven mujer se asocia con depresión y ansiedad, ser mestiza e indígena con ansiedad, adulto con la psicosis y alcoholismo, unión libre y el ser artesano en la epilepsia, no así las demás categorías de las variables frente a los trastornos psicopatológicos estudiados.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados en la población en estudio el 19,2% presentó depresión, 40,7% ansiedad, 13,2% psicosis, 6,6% epilepsia y el 13,2% alcoholismo, de los cuales las adultas jóvenes mujeres predominaron en casi todos los trastornos psicopatológicos (depresión en un 24,9%, ansiedad 49,2%, psicosis y alcoholismo en un 14,8%) a excepción de la epilepsia en un 7,4% de los hombres.

Estos resultados guardan relación con lo que sostiene Piña ,2018, quien encontró depresión en un 17,12% de la población de los cuales 9,88% fueron mujeres siendo mayor en viudas con un 12,50% (60) , mientras que Torres determinó una prevalencia de 6.2% para el episodio depresivo mayor comparado con la OMS en donde los trastornos suelen presentarse con mayor frecuencia en jóvenes de edades tempranas en torno a los 20-25 años (61), en la revisión de Pérez y colaboradores ,2017, el trastorno depresivo tiene una prevalencia que va desde 8 a 12% afectando al doble de mujeres con respecto a los hombres en donde uno de cada diez adultos lo padece (62), mas, los resultados difieren con el estudio de Mohamed, 2017, quien obtuvo datos en tres países europeos: España, Finlandia y Polonia encontrando que la depresión se presentó entre 18 y 49 años, viudos y en un nivel educativo inferior, los otros factores asociados incluían problemas financieros, mayor frecuencia de visitas de atención ambulatoria, mayor nivel de discapacidad, soledad más acuciante, y bajos niveles de bienestar (63), en el estudio de casos controles de Jiménez ,2016, la edad promedio 34.9 ± 11.4 años, 55.8% en mujeres, prevalencia de depresión fue del 26.1% en donde casi un tercio de adultos jóvenes presentan algún grado de depresión y sus factores de riesgo fueron el ser hombres con nivel socioeconómico bajo, casados y menores de 30 años (64).

A razón de lo mencionado se identificó que tener depresión y ansiedad está relacionado con algunos variables sociodemográficas entre ellas el sexo y edad, el ser mujer es 0,457 (IC95%: 0.264 - 0.791) veces menos riesgo para tener depresión siendo estadísticamente significativo ($p=0,005$) y es 0,473 (IC95%:0.308 - 0.726) veces menos riesgo para padecer ansiedad con significancia estadística ($p=0,001$). Además, el ser adulto joven es 1,720 (IC95%: 1.018 - 2.906) veces más riesgo para tener depresión con un valor de $p=0,041$ y es 1,578 (IC95%:1.033 - 2.413) veces más riesgo para padecer ansiedad, siendo estadísticamente significativo ($p=0,034$). Al Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo
Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



respecto, la investigación de Jácome del 2018 rescata que en mujeres los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos son los más prevalentes con el 30,4%, sobre todo el trastorno mixto ansioso-depresivo con el 18,8%, en la adultez media, los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos prevalecen con el 31% , el sexo se aprecia como una variable de riesgo para padecer algún tipo de enfermedad mental, siendo el género femenino el más vulnerable debido a factores como la violencia, la inequidad de oportunidades, la suma de trabajo doméstico, el cuidado de los hijos, entre otros roles (5). Asimismo, en Ecuador se ha identificado a través de las atenciones ambulatorias registradas en el 2015 que la depresión y la ansiedad afectan en mayor medida a las mujeres, presentándose tres veces más que en los hombres (5), en tanto que en el proyecto de Aguilera del 2019 , en 984 personas el sexo masculino mayor de 65 años seguido de 18- 28 años presento mayor ansiedad y cuyo único factor de riesgo y asociado fue el tener una familia disfuncional (65). El estudio de Aguilera y Díaz ,2019, en cuanto a sexo es más frecuente en mujeres de 41,74 años con una relación de 1.5-1 similar a lo reportado por la National Institute of Mental Health, los factores que pueden explicar el predominio femenino de los trastornos psiquiátricos, son los psicosociales y socioculturales que incluyen diferencias en el tipo de afrontamiento de la persona, rol sexual, otros factores que sugieren diferencias de sexo son la existencia de antecedentes patológicos como la patología tiroidea, la predisposición genética, los rasgos de la personalidad, las hormonas sexuales, la reactividad endocrina frente al estrés, los sistemas de neurotransmisión y los concluyentes neuropsicológicos (66); la alta tasa de adultos jóvenes puede ser debido a que la población adulta mayor es mínima en el Cantón de Cumbe y el sexo difiere de ser un factor protector con los estudios de Estados Unidos donde la depresión y ansiedad está ligada a mujeres, temperamento inhibido y antecedentes familiares.

Mientras que la etnia mestiza es un factor protector e indígena un factor de riesgo en la ansiedad, con su respectiva significancia estadística (OR 0,478 (IC95%: 0.280 - 0.817) $p=0,006$) y (OR 2,659 (IC95%: 1,311- 5,392) $p=0,005$). Según Horwath y Weissman, (1995) citado por Cano A. “no todo el mundo tiene la misma probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad, sino que existen claramente una serie de factores de riesgo que pueden ser diferentes según cada trastorno” estudio en el cual enfatizaba a la agorafobia y la ansiedad generalizada siendo común en el sexo femenino y en la raza afro-americana (67) (68). Actualmente no existen estudios relacionados con la etnia y este trastorno; si bien es porque no lo consideran un factor protector ni de riesgo por lo cual Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo
Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



podemos decir que es un factor inherente a la persona del cual se debería investigar un poco más para encontrar algún aporte en la génesis de este trastorno.

Otro factor protector encontrado en el estudio es ser adulto con 0,511 (IC95%: 0.278 - 0.944) veces menos riesgo para tener psicosis y alcoholismo, siendo el valor de $p=0,029$. Según el estudio en el Instituto de Neurociencias del 2016 los pacientes mayormente afectados con síntomas psicóticos se encuentran en las mujeres cuya prevalencia está entre 31 y 40 años (69), mientras que, en el Hospital del Valle en Colombia, 2016, el 65 % de los pacientes eran hombres y la edad osciló entre los 13 y los 89 años, con un promedio de 40 años (70). En el estudio de Ruisoto del 2016, la prevalencia de consumo de alcohol fue del 92,24% en hombres y del 82,86% en mujeres (71). En los hombres, el perfil de consumo problemático se definió por puntuaciones más altas en ansiedad y depresión, especialmente si mostraban niveles más altos de estrés psicológico y menor compromiso con la vida. En las mujeres, el consumo problemático mostró una tendencia a la inflexibilidad psicológica, especialmente en aquellas con menor compromiso con la vida. En el trabajo investigativo de Meneses del 2019 se demuestra que las personas pobres sin estudios secundarios o de nivel superior y que están desempleados, en promedio, tienen una mayor probabilidad de ser bebedores de alcohol en exceso. Además del factor económico, esta probabilidad aumenta si el individuo es hombre, soltero, mayor de 65 años y vive en el área urbana (72); el factor protector comparado con otros estudios defiere en cuanto a que la edad es considerada un factor de riesgo en pacientes adultos con respecto a la psicosis y alcoholismo.

También se encontró que la epilepsia está relacionada con las personas cuyo estado civil es unión libre como factor protector ya que es 0,294 (IC95%:0.122 – 0.708) veces menos riesgo para padecer epilepsia con una significancia estadística de ($p=0,004$). Estos resultados difieren de los reportados por Pajares, en el año 2020, en el cual la prevalencia de trastornos mentales en las personas que viven en unión libre constituye un 42.75%, seguidos de los solteros con 34.02%, casados con 13.30%, divorciados con 8.07% y la viudez solo estaría representada por el 1.85% (73). En total contraste con el estudio realizado en la población del estado de Jalisco, 2019, en donde se evidenció que los casados representan el 73,2% con un 10,75% en unión libre y un mínimo del 3% para los viudos (74), mientras que Azurduy Jaliri, y Faicán-Peralta en el año 2017-2018, obtuvieron como resultado que el alcoholismo y la epilepsia es más frecuente en los casados con un 39% y 45,8% respectivamente (75) (76). Otro estudio de casos y controles realizado en el

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo
Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



Hospital Eugenio Espejo en el año 2019, determino que de acuerdo a los datos recogidos, la epilepsia es más común en solteros 70,1% sin empleo 52,9% y con síntomas depresivos 65,5% (77). Esto demuestra que la simple presencia de una pareja en unión libre es un elemento protector ya que si bien las crisis que se generan en la relación o que supongan una psicopatología individual en cada uno de los cónyuges/convivientes, pueden sospechar un deterioro en el equilibrio mental con menor frecuencia que en casados.

El ser artesano guarda relación con la epilepsia, pues en este estudio se encontró que existe relación protectora entre la ocupación (artesano) es estadísticamente significativa (OR: 0,269 (IC 95%: 0.099- 0.733) $p=0,006$) es 0,269 veces menos riesgo para tener epilepsia que las personas que se desempeñan en otras ocupaciones laborales. Estos resultados concuerdan con los también encontrados por Pajares, en su estudio sobre los trastornos mentales en donde se determinó que de acuerdo a la labor que realizan que en su mayoría 46.46% no contaría con un trabajo remunerado y se dedicarían a labores domésticas, seguido de la gente obrera 27.48%, los que laboran para alguna empresa (empleados) 11.01%, los que laboren de forma independiente 8.29% y estudiantes con 6.76% (73). Orozco y colaboradores en el 2017, en su estudio específicamente orientado solo a las personas con epilepsia concuerda con Pajares, pues obtuvo que la mayoría el 48% también son desempleados, seguidos por aquellos que no se obtuvieron datos de su situación laboral 24%, los que se encuentran en un trabajo activo 15% y dentro de (estudiantes – jubilados) 13% (78). Ocampo por otro lado en el 2018 en su estudio obtuvo que el 31.8% de los epilépticos son estudiantes, el 27.8% no tienen ocupación, el 26.6% tienen un trabajo formal, frente al 13.8% de sujetos que tienen un trabajo informal (79). Estudios que concuerdan con el nuestro al establecer que un trabajo independiente es una carga a favor de una buena salud mental. En este contexto se ha de tener en cuenta que los trastornos mentales específicamente la epilepsia conlleva a disfunción social que parte de una educación limitada ocasionada por el inicio precoz de la enfermedad, bajos ingresos, tensión financiera, la alta tensión del trabajo y el desempleo; además de la falta de apoyo por parte de la sociedad causando barreras laborales, limitando la posibilidad de lograr un mejor trabajo, aumentando los estereotipos y prejuicios existentes.



Dentro de las medidas que pueden sugerirse de las fortalezas del estudio está el realizar tamizaje con herramientas accesibles como por ejemplo el SRQ para diagnosticar trastornos mentales de forma rutinaria en el primer nivel de atención en salud, esencialmente en sujetos que cuenten con factores de riesgo.

Una de las limitaciones que tiene nuestro estudio es su diseño, por lo que es conveniente elaborar estudios que contemplen algunas otras variables a más de las sociodemográficas, ya que los trastornos psicopatológicos presentan diversos factores de riesgo tales como dinámicas familiares, genética, salario, migración, antecedentes patológicos, entre otros.



CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

El grupo de estudio de la Parroquia de Cumbe estuvo conformado por 51,9% de mujeres siendo el 58% adultos jóvenes. El 77,2% de la muestra eran mestizos, el 50,8% cursaron sus estudios primarios, en cuanto a su ocupación el 34,6% eran comerciantes y su estado civil presentó un 47,5% de casados y un 24,2% de personas solteras.

En un 19,2% de personas se presentó depresión, 40,7% ansiedad, 13,2% con psicosis, 6,6% con epilepsia y el 13,2% con alcoholismo. Las mujeres adultas jóvenes (18-39 años) tienen mayor prevalencia de depresión, ansiedad, psicosis y alcoholismo mientras que la epilepsia fue mayor en hombres. Con respecto a otras variables la etnia mestiza y no tener instrucción es característica de la mayoría de los trastornos psicopatológicos a excepción de un predominio en depresión en los agricultores, ansiedad en desempleados, epilepsia en artesanos y psicosis más alcoholismo en población con otra ocupación.

Al realizar la prueba de OR, valor p e intervalos de confianza entre los factores sociodemográficos y los factores de protección se encontró que la ansiedad se presenta en mestizos, en tanto que la psicosis y alcoholismo son evidentes en los pobladores cuya edad se encuentra en el rango de adulto (40-64 años), la epilepsia guarda relación con el estado civil de unión libre y el ser artesano. De igual manera se obtuvo que los factores de riesgo se evidencian en la etnia indígena para ansiedad y en adultos jóvenes con depresión y ansiedad.

7.2. Recomendaciones

Implementar programas presenciales o virtuales en función al contexto mundial, con el fin de poder orientar sobre como recibir ayuda médica integral para trastornos psicopatológicos, ya que algunos ignoran que cierta sintomatología debe ser tratada al igual que otras condiciones médicas altamente respaldadas por la comunidad.



Otorgar los resultados obtenidos al Municipio de Cumbe, para su conocimiento y socialización con el fin de que pueden crear estrategias mancomunadas con la Universidad de Cuenca, para atenuar esta problemática que puede ayudar a disipar otras dificultades sociales.

Educar a la población sobre los factores de riesgo que intervienen en la aparición de estas patologías, para que puedan prevenir o por otro lado aprendan a convivir con ellas.

Motivar a las personas sobre todo al personal de salud para que realicen nuevas investigaciones que contribuyan en la salud de los pobladores no solo de esta parroquia si no de muchas más que para varios son parroquias excluidas de derechos irrenunciables.



CAPÍTULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Prevalencia de Depresión, Ansiedad y Consumo de Alcohol y Factores relacionados en mujeres $\geq 18-49$ años en las áreas de influencia de los médicos en servicio social, año 2019-2020. Investigación. Tegucigalpa, Honduras: Facultad de Ciencias Médicas, Grupo de Salud Mental de la FCM; 2020.
2. España CGdIPd. Infocop Online. [Online]; 2013-2020. Acceso 09 de 04 de 2021. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4579.
3. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington D.C.: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; 2017.
4. OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2020. Acceso 09 de 04 de 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>.
5. Gómez C. Prevalencia de Trastornos Mentales y del Comportamiento en el Primer Nivel de Atención de la Coordinación Zonal 9-Salud. Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título de Psicólogo Clínico. Quito: Universidad Central del Ecuador, Psicología Clínica; 2018.
6. Romero A, Sánchez F, Lozano A. Estructura de la sintomatología psiquiátrica según el SRQ-18 en pacientes ambulatorios con trastornos mentales evaluados en un hospital general de Lima. Rev Neuropsiquiatr. 2016; 79(3).
7. salud Palrpalodssl. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2016. Acceso 09 de 04 de 2021. Disponible en: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=665-ods-ecuador-diciembre-2016&category_slug=publications&Itemid=599.



8. Loaiza Y. saludmental@gk.city|. [Online]; 2019. Acceso 09 de 04de 2021. Disponible en: <https://gk.city/2019/09/02/depresion-ansiedad-salud-mental/>.
9. Instituto Nacional de Estadística y Censos. INEC. [Online]; 2017. Acceso 5 de febrerode 2020. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2017/infografia-depresion.pdf>.
10. Vinueza M. Niveles de ansiedad y asertividad en los estudiantes del Colegio Particular Juan Bautista. Tesis de grado. Ambato: Universidad Técnica de Ambato, Psicología Clínica; 2016.
11. Epskamp S, Kruis J, Marsman M. Estimating psychopathological networks: Be careful what you wish for. PLoS One. 2017; 12(6).
12. Zamora D, Suárez D. Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia. Rev. salud pública. 2019; 21(2).
13. Park L, Zarate C. Depression in the Primary Care Setting. N Engl J Med. 2019; 380(6).
14. Giacobbe P, Flint A. Diagnosis and Management of Anxiety Disorders. Continuum (Minneapolis Minn). 2018; 24(3).
15. Schrimpf L, Aggarwal A, Lauriello J. Psychosis. Continuum (Minneapolis Minn). 2018; 24(3).
16. Silva J, Mejía A, Quinteros G. Caso clínico: Esquizofrenia Paranoide. Revista ESPOCH. 2018; 9(1).
17. Thijs R, Surges R, J O'Brien T, Sander J. Epilepsy in adults. Lancet. 2019; 16(393).
18. Batra A, Müller C, Mann K, Heinz A. Alcohol Dependence and Harmful Use of Alcohol. Dtsch Arztebl Int. 2016; 113(17).
19. Gowin J, Sloan M. Vulnerability for Alcohol Use Disorder and Rate of Alcohol Consumption. Am J Psychiatry. 2017; 174(11).
20. Ortiz RT, Bermúdez V. Consumo de alcohol y su dependencia en las poblaciones rurales de Cumbe y Quingeo. Diabetes Internacional y endocrinología. 2017; 9(2).



21. Silva A, Vargas L, Moraes R. Prevalência e fatores associados ao transtorno mental comum em assentados rurais. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 2019; 15(1).
22. Commonwealth of Australia. Commonwealth Department of Health and Aged Care, Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care; 2000.
23. Tejada P, Jaramillo L, Sánchez L, Sharma V. Revisión crítica sobre los instrumentos para la evaluación psiquiátrica en atención primaria. *Rev.Fac.Med*. 2014; 62(1).
24. Brhane T, Mehari M, Berhane R. Validation of the WHO self-reporting questionnaire-20 (SRQ-20) item in primary health care settings in Eritrea. *Int J Ment Health Syst.* 2018; 12(61).
25. Barreto M, Do Santos L, Feitosa C. Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: what are the alternative strategies for analysis? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2018; 40(2).
26. Palacio P, Merchan M. Prevalencia de trastornos psicopatológicos en los estudiantes del Colegio Técnico Nacional Cumbe del Cantón Cuenca, 2013. tesis de grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Departamento medicina.2013.
27. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017. [Online].; 2013. Acceso 05 de Febrero de 2020. Disponible en: https://www.academia.edu/5699183/Prioridades_de_investigaci_O_n_en_salud_2013-2017.
28. Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca. Caracterización de Líneas de Investigación de la Universidad de Cuenca. [Online].; 2015. Acceso 05 de Febrero de 2020. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22262>.
29. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias OMdISG. *Salud Mental [Libro]*. Ginebra, Suiza; 2004.
30. Chávez H, Samaniego N, Aguilar E. *Manual de Atención Primaria en Salud Mental*. [Online]; 2006. Acceso 05 de Enero de 2020. Disponible en:



- <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20ATENCION%20PRIMARIA%20EN%20SALUD%20MENTAL.pdf>.
31. Ecuador MdSPd. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guia de Practica Clinica. 2017.
 32. Ministerio de salud del Gobierno del Salvador. Guías clínicas para la atención en salud mental y psiquiatría. [Online]; 2017. Acceso 0 de Enerode 2020. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias_clinicas_atencion_salud_mental_y_psiqiuatria_v1.pdf.
 33. Tortella M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Tesis Doctoral. Palma(Mallorca): Universidad de Illes Balerars, Medicina Psicosomática y Psiquiatria.2014.
 34. Salud Omdl. Factores que favorecen el desarrollo de una adicción al alcohol. TVC. 2017.
 35. Alcoholism NIoAAa. Trastornos por consumo de alcohol: una comparación entre el DSM-IV y el DSM-5. NIH (Urnig Discovery Into Health). 2020.
 36. Clinic PdM. Mayoclinic.org. [Online]; 2021. Acceso 09 de 04de 2021. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alcohol-use-disorder/diagnosis-treatment/drc-20369250?p=1>.
 37. discapacidad DEpdpc. Discapnet. [Online]; 2019. Disponible en: <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/salud/guias-y-articulos-de-salud/guia-sobre-salud-mental/trastornos-psicoticos>.
 38. Ortiz C. [Documento].; 2018.. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/38345372/DIFERENCIAS-ENTRE-PSICOSIS-AGUDAS-Y-PSICOSIS-CRONICAS-II>.
 39. MSP del Ecuador. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la esquizofrenia. [Online]; 2017. Acceso 05 de Enerode 2020. Disponible en: <https://es.slideshare.net/perezabel1150975/diagnostico-tratamiento-y-seguimiento-de-la-esquizofrenia-ecuador-2017>.



40. Psiquiatría AAd. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. EEUU:, Psiquiatría.2014.
41. OMS. Epilepsia. [Online]; 2019. Acceso 05 de Enero de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>.
42. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). Las epilepsias y las crisis: Esperanza en la investigación. [Online]; 2017. Acceso 05 de Enero de 2020. Disponible en: https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/crisis_epilepticas.htm.
43. Rodríguez D. Diagnóstico y tratamiento médico de la epilepsia.. Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía. 2015; 5(2).
44. enfermedades Cpeylpd. CDC.gov. [Online]; 2018. Acceso 10 de 04 de 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/epilepsy/spanish/primeros-ayudias.html>.
45. Alemán P, Figueroa D. Salud mental de los alumnos de primero de bachillerato de la unidad educativa técnica salesiano y disfuncionalidad familiar, Cuenca-Ecuador, 2016. Tesis doctoral. Cuenca: Universidad de Cuenca, Medicina.
46. Barreto do Carmo M, Dos Santos L, Feitosa C, Fiaccone R, Da Silva N. Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: what are the alternative strategies for analysis? Revista Brasileira de Psiquiatria. 2018; 40(2).
47. Cruz B. Factores de riesgo y su relación con la Salud Mental de las estudiantes del quinto grado de Educación Secundaria de la I.E. María Ugarteche de Maclean de Tacna 2012. Licenciatura. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann - Tacna, Enfermería;2013.
48. Quitian H, Ruiz R, Gómez C, Rondón M. Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. Rev Colomb Psiquiat. 2016; 45(1).
49. Maffasioli D, Tetelbon A, Kapczinski F. Evaluación del rendimiento del cuestionario de autoinforme como herramienta de detección psiquiátrica: un estudio comparativo con la entrevista clínica estructurada para DSM-IV-TR. Cad.Saúde.Pública. 2008; 24(2).



50. Rivas R. Prevalencia de trastornos mentales en pacientes de los consultorios externos de medicina del hospital “José Agurto Tello de Chosica” marzo - junio 2015. Licenciatura. Lima: Universidad Peruana Unión Facultad de Ciencias de la Salud EAP de Psicología, Psicología Clínica;2015.
51. Bernades K, María de Araujo T, Fernandes N. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(1).
52. Westhuizen C, Wyatt G, Williams J, Stein D, Sorsdahl K. Validation of the Self Reporting Questionnaire 20-Item (SRQ-20) for Use in a Low- and Middle-Income Country Emergency Centre Setting. Int J Ment Health Addict. 2016; 14(1).
53. Acosata Y, Alvear R, Gonzáles S, Reascos Y, Monroy G. Prevalencia de trastornos mentales y disfunción familiar en la parroquia urbana de Urcuquí-Imbabura. Revistabionatura.com. 2017.
54. Castro L, Ávila L, Gonçalves H, Horta B, Dos Santos J, Gigante D. Common Mental Disorders and Contemporary Factors: 1982 Birth Cohort. Rev. Bras. Enferm. 2020; 73(1).
55. Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural de Cumbe. Priorización de Problemas de Cumbe. [Online]; 2019. Acceso 05 de Enero de 2020. Disponible en: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdiagnostico/0160025690001_Presentaci%C3%B3n%20priorizaci%C3%B3n%20de%20problemas%202015-05-14_15-05-2015_22-36-49.pdf.
56. Chinchilima J. "Cumbe su gente y el contexto territorial". [Online]; 2008. Acceso 05 de Enero de 2020. Disponible en: <https://juliaepesantez.files.wordpress.com/2013/05/cumbe-su-gente-y-el-contexto-territorial.pdf>.
57. Naula C, Puma N. “Elaboración de un Estudio, Diseño y Presupuesto para un proyecto de desarrollo social por autogestión en la parroquia San Luis de Cumbe para el año 2015. Tesis de grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Contabilidad y Auditoría;2015.



58. Vazquez C. Evaluacion de coberturas de atenciones y consultas del Centro de Salud de Cumbe 01D02 Cumbe: Dirección Provincial de Salud del Azuay; 2019.
59. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS Quito: Subsecretaría Nacional de Gobernanza en Salud Pública; 2013.
60. Toral F, Piña A. Depresión y su relación con factores determinantes de la salud. Población de 40 y más años. Comunidad Chuichun, Cantón El Tambo. enero -Diciembre 2018. Posgrado. Cuenca: Universidad del Azuay, Medicina familiar y comunitaria.
61. Torres C. Salud mental en estudiantes universitarios ecuatoriano. Tesis doctoral. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, Psicología; 2016.
62. Pérez E, Cervantes V, Hijuelos N. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Rev Biomed. 2017; 28(2).
63. Mohamed S. Undiagnosed depression. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de Medicina; 2017.
64. Jiménez M, Márquez H, Monsreal J. Horizonte preclínico de la depresión en adultos. Gac Med Mex.. 2016; 152(4).
65. Aguilera J, Guncay T, Manzo V. Prevalencia de los trastornos fóbicos en la población rural de Cuenca. Tesis grado. Cuenca: Universidad del Azuay, Medicina; 2019.
66. Aguilera J, Díaz.Briseida. Prevalencia del trastorno de pánico en la población rural del cantón Cuenca. Tesis grado. Cuenca: Universidad del Azuay, Medicina; 2019.
67. Cano A. Seas.com(Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estres). [Online] Acceso 25 de 02de 2021. Disponible en: <https://webs.ucm.es/info/seas/ta/epidemi/index.htm>.
68. Duchi G, Tenesaca M. Prevalencia de desordenes emocionales relacionados con ansiedad en niños de la Escuela cazadores de los rios de cuenca,Marzo-Julio del 2016. Tesis de grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Enfermería;2016.



69. Orozco M. Depresión grave, síntomas psicóticos en edades de 20 a 40 años, estudio realizado en Instituto de Neurociencias, período 2010-2015. Tesis de grado. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Medicina; 2016.
70. Benavides M, Beitia P, Osorio C. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Colombia. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*. 2016; 3(2).
71. Ruisoto P, Cacho R, López J, Vaca S. Prevalencia y perfil de consumo de alcohol en estudiantes universitarios en Ecuador. *Gaceta sanitaria*. 2016; 30(5).
72. Meneses K, Cisneros M, Braganza E. Análisis socioeconómico del consumo excesivo de alcohol en Ecuador. *Revista Ciencias de la Salud*. 2019; 17(2).
73. Pajares K. Perfil clínico epidemiológico de trastornos mentales en pacientes adultos del Centro de Salud Mental Comunitario Virú. Tesis Doctoral. Trujillo-Perú: Universidad César Vallejo, Medicina;2019.
74. Ojeda D, Gonzáles C, Cambero E, Madrigal E, Gonzáles J, Calderón D. Prevalencia de los trastornos mentales en la salud mental en el Estado de Jalisco. *SaludJalisco*. 2019.
75. Azurduy R. Relación de factores sociodemográficos con el consumo de alcohol en la población de 18 a 60 años de la localidad de Coroico-Primer trimestre de 2016. Tesis de grado. La Paz-Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés, Tecnología Médica; 2018.
76. Faicán K, Erika P. Prevalencia de las reacciones adversas del tratamiento farmacológico de la epilepsia en el Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. Enero 2014 - diciembre 2017. Tesis doctoral. Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca, Medicina;2017.
77. Solano L. Control de la epilepsia asociada a depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo durante el período abril-septiembre del 2019. Tesis doctoral. Quito: Universidad Central del Ecuador, Medicina;2020.



78. Orozco J, Quintero J, Marin D, Montoya J, Hernández P, Pineda M, et al. Perfil clínico y sociodemográfico de la epilepsia en adultos de un centro de referencia de Colombia. Elsevier.com. 2017.
79. Ocampo W. Estudio del perfil clínico epidemiológico de los pacientes con epilepsia en el área clínica del Hospital Metropolitano y Centro de epilepsia Neurovida de la ciudad de Quito durante el periodo de Enero 2006 a Diciembre del 2016. Tesis doctoral. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Medicina;2018.



CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

Anexo 1: autorización GAD parroquial Cumbe

Cuenca, 28 de julio del 2020

Estimado Dr. José Ortiz Segarra, PhD.
Presidente del COBIAS-UCuenca
Presente

Yo Dr. Fausto Maxi Fernández en calidad de Presidente del Gobierno Autónomo Descentralizado de Cumbe, mantuve una reunión con las estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca, **Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo y Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía**, actualmente buscan realizar un estudio requisito previo a la obtención de su título médico, sobre **"Trastornos psicopatológicos y factores asociados según SRQ. Personas parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020"**. Como líder comunitario de esta parroquia, soy consciente de la situación por la que estamos pasando frente a esta pandemia por COVID-19. Pero también tengo claro que el estudio beneficiará a mi parroquia.

Por lo que me comprometo a lo siguiente:

- Hablar con mi comunidad para que tengan conocimiento sobre el estudio y puedan participar.
- Coordinar en la recolección de datos con las respectivas medidas de bioseguridad de tal manera que se proteja la salud de los habitantes como de las investigadoras.

Atentamente,


Presidente del GAD de Cumbe
Cédula: 0981347321



Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo
Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



Anexo 2: operacionalización de variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Sexo	Característica genética de los individuos que se presentan como XX y XY y expresiones fenotípicas.	Fenotípica	Características fenotípicas	1=Hombre 2=Mujer
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la investigación de los sujetos.	Cronológica	# de años cumplidos	Continua
Etnia	Conjunto de personas que pertenece a una misma etnia y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural	Social	Auto identificación	1=Mestizo 2=Indígena 3=Afroecuatoriano 4=Blanco
Instrucción	Número de años de educación formal.	Educativa	Referido por el paciente	1=Analfabeto 2=Primaria 3=Secundaria 4=Tercer Nivel 5=Cuarto Nivel
Ocupación	Trabajo realizado en virtud de un contrato formal o de hecho, individual o colectivo, por el que se recibe una remuneración o salario.	Laboral	Empleo actual mayor a 1 hora.	1=Agricultor 2=Artesano 3=Conductor 4=Desempleado 5=Otros



Estado Civil	Situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a su condición conyugal.	Civil	Referido por el participante	1=Casado 2=Unión libre 3=Soltero 4=Viudo 5=Divorciado
Ansiedad	Estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por sensación de peligro inminente.	Psicosocial	SRQ	1=Si 2=No
Depresión	Trastorno mental caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS)	Psicosocial	SRQ	1=Si 2=No
Alcoholismo	Consumo indiscriminado de alcohol que genera problemas físicos, psicológicos y sociales.	Psicosocial	SRQ	1=Si 2=No
Psicosis	Enfermedad mental grave que se caracteriza por una alteración global de la personalidad acompañada de síntomas positivos y negativos.	Psicosocial	SRQ	1=Si 2=No



Epilepsia	Enfermedad del Sistema Nervioso Central que origina un mínimo de una crisis convulsiva no provocada al día.	Psicosocial	SRQ	1=Si 2=No
-----------	---	-------------	-----	--------------



Anexo 3: formulario



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Trastornos psicopatológicos y factores asociados según SRQ. Personas parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020.

Código:

Estimado Señor (a). Este formulario es parte de un proyecto de investigación que venimos realizando los estudiantes de la Carrera de Medicina. Le rogamos de la manera más comedida **responder las preguntas con una X o llene el espacio en blanco**. La información que nos brinde será anónima y su manejo será confidencial.

Sexo:	Hombre	
	Mujer	
Edad:	_____ años	
Etnia:	Mestizo	
	Indígena	
	Afroecuatoriano	
	Blanco	
Instrucción:	Analfabeto	
	Primaria	
	Secundaria	
	Tercer Nivel	
	Cuarto Nivel	
Ocupación:	Agricultor	
	Artesano	
	Comerciante	
	Desempleado	
	Otro: _____	
Estado civil:	Casado	
	Unión libre	
	Soltero	
	Viudo	
	Divorciado	

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo
Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



TRASTORNO	SRQ PREGUNTAS	SI	NO
ANSIEDAD/DEPRESIÓN	1. Tiene continuos dolores de cabeza.		
	2. Tiene mal apetito.		
	3. Duerme mal.		
	4. Se asusta con facilidad.		
	5. Sufre de temblor de las manos.		
	6. Se siente nervioso, tenso, aburrido.		
	7. Sufre de mala digestión.		
	8. No puede pensar con claridad.		
	9. Se siente triste.		
	10. Llora usted con mucha frecuencia.		
	11. Tiene dificultad de disfrutar de sus actividades diarias.		
	12. Tienes dificultad para tomar decisiones.		
	13. Tienes dificultades de realizar su trabajo.		
	14. Es incapaz de desarrollar un papel útil en su vida.		
	15. Ha perdido interés en las cosas.		
	16. Siente que usted es una persona inútil.		
	17. Ha tenido la idea de acabar con su vida.		
	18. Se siente cansado todo el tiempo.		
	19. Tiene sensaciones desagradables en su estómago.		
	20. Se cansa con facilidad.		
PSICOSIS	21. Siente usted que alguien le persigue para hacerle daño.		
	22. Es usted una persona que posee poderes especiales.		
	23. Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento.		
	24. Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír.		
EPI LEP SIA	25. Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimiento de brazos y piernas; con mordeduras de lengua o pérdida de conocimiento.		
ALCOHOLISMO	26. Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted está bebiendo demasiado licor.		
	27. Alguna vez a querido dejar de beber pero no ha podido.		
	28. Ha tenido alguna vez dificultad en el trabajo, estudio a causa de la bebida, como beber en el trabajo o faltar a ellos.		
	29. Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho.		
	30. Alguna vez le ha parecido que usted tomaba demasiado.		



RESULTADOS

TRASTORNOS	INTERPRETACIÓN	PRESENTA SI O NO
Depresión	7 o más SI en preguntas 2, 3, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18	
Ansiedad	5 o más SI en preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 19 y 20	
Psicosis	1 o más SI en pregunta 21,22,23,24	
Epilepsia	1 SI en pregunta 25	
Alcoholismo	1 o más SI en pregunta 26,27,28,29,30	

Firma de responsabilidad:

Gracias por su colaboración.



Anexo 4: formulario de consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ he sido invitado/a a participar en la investigación **“Trastornos psicopatológicos y factores asociados según SRQ. Personas parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020.”**, estudio que permitirá conocer si presento depresión, ansiedad, alcoholismo, psicosis o epilepsia. Se me ha expresado que la información será recolectada por las estudiantes Gabriela Campoverde M. y Jacqueline Domínguez M. Se realizará de la siguiente manera: se registrarán los datos generales y específicos en un formulario donde se tomará en cuenta: factores asociados y trastornos mentales.

El procedimiento no tiene costo, no implica ningún daño y se guardará la confidencialidad de la información. Los responsables de la investigación son las estudiantes Gabriela Campoverde C. y Jacqueline Domínguez M., se han comprometido a responder las preguntas e inquietudes que nazcan de la evaluación. Posterior a la información otorgada he decidido participar en forma libre y voluntaria, conociendo que puedo abandonar el mismo cuando considere conveniente, por consiguiente, yo _____ acepto participar en el estudio.

Firma del participante

Número de cédula del participante

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo
Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



Anexo 5: aprobación por comité de bioética



UNIVERSIDAD DE CUENCA

COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD / COBIAS-UCuenca

Oficio Nro. UC-COBIAS-2020-225

Cuenca, 03 de agosto de 2020

Estimada
Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía
Investigadora Principal

De mi consideración:

El Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad de Cuenca, le informa que su solicitud del protocolo de investigación **2020-105EO-M: "Trastornos psicopatológicos y factores asociados según SRQ. Personas parroquia San Luis de Cumbe. Cuenca, 2020"** ha sido **APROBADO**, en la sesión ordinaria N° 113 con fecha 03 de agosto de 2020.

El protocolo se aprueba, en razón de que cumple con los siguientes parámetros:

- Los objetivos planteados en el protocolo son de significancia científica con una justificación y referencias.
- Se establecen procedimientos para minimizar los riesgos de los participantes y/o los riesgos son razonables en relación a los beneficios anticipados del estudio.
- La selección de los participantes fue diseñada en función de los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto a los demás (detallados en el Informe Belmont).
- La selección de los participantes se sustenta en criterios de inclusión/exclusión, se detalla el número y procedimientos de reclutamiento.
- En el proyecto se definen medidas para proteger la privacidad y confidencialidad de los participantes del estudio en sus procesos de recolección, manejo y almacenamiento de datos.
- En el protocolo se detallan las responsabilidades de la investigadora.
- La investigadora principal del proyecto ha dado respuesta a todas las dudas y realizado todas las modificaciones que este Comité ha solicitado.

Los documentos que se revisaron y que sustentan este informe incluyen:

- Anexo 1. Solicitud de aprobación.
- Anexo 2. Protocolo.
- Anexo 3. Declaración de confidencialidad.
- Formato de consentimiento informado.

Esta aprobación tiene una duración de un año (365 días) transcurrido el cual, se deberá solicitar una extensión si fuere necesario. En toda correspondencia con el Comité de Bioética favor referirse al siguiente código de aprobación **2020-105EO-M**. Los miembros del Comité estarán dispuestos durante el desarrollo del estudio a responder cualquier inquietud que pudiere surgir tanto de los participantes como de los investigadores.

Av. El Paraíso s/n. junto al Hospital Vicente Corral Telf: 593-7-4051000 Ext.: 3153 Contacto:
cobias@ucuenca.edu.ec
Cuenca - Ecuador

Gabriela Johanna Campoverde Mogrovejo
Jacqueline Monserrath Domínguez Mejía



Es necesario que se tome en cuenta los siguientes aspectos:

1. El Comité no se responsabiliza por cualquiera de los posibles eventos adversos como consecuencia de su estudio, los cuales son de entera responsabilidad de la investigadora principal; sin embargo, es requisito informar a este Comité sobre cualquier novedad, dentro de las siguientes 24 horas.
2. El Comité no se responsabiliza por los datos que hayan sido recolectados antes de la fecha de esta carta; dichos datos no podrán ser publicados o incluidos en los resultados.
3. El Comité de Bioética ha otorgado la presente aprobación con base en la información entregada y la solicitante asume la veracidad, corrección y autoría de los documentos entregados.
4. De igual forma, la solicitante es la responsable de la ejecución correcta y ética de la investigación, respetando los documentos y condiciones aprobadas por el Comité, así como la legislación vigente aplicable y los estándares nacionales e internacionales en la materia.

Ya que se plantean desarrollar levantamiento de datos se recomienda tomar todas las medidas de bioseguridad tanto para los participantes como para las investigadoras, tomando en cuenta que es total responsabilidad de las investigadoras la recolección de las mismas.

Así también se indica que el tiempo de revisión del protocolo por parte del COBIAS, se contabiliza a partir desde que el investigador principal ha emitido todos los documentos completos solicitados para la revisión por parte de este Comité.

Se le recuerda que se debe informar al COBIAS-UCuenca, el inicio del desarrollo de la investigación aprobada y una vez que concluya con el estudio debe presentar un informe final del resultado a este Comité.

Atentamente,

Dr. José Ortiz Segarra, PhD.
Presidente del COBIAS-UCuenca



Anexo 6: aprobación por comisión de trabajos de titulación



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Ciencias Médicas

Unidad Jurídica

Memorando Nro. UC-FCMSECABO-2020-1074-M

Cuenca, 24 de septiembre de 2020

PARA: Dra. Lorena Elizabeth Mosquera Vallejo
Presidenta de la Comisión de Trabajos de Titulación de la Facultad de Ciencias Médicas

Pilar Silvana Verdugo Sanchez
Secretaria de la Comisión de Trabajos de Titulación de la Facultad de Ciencias Médicas

ASUNTO: Resolución No.0510-2020 H.C.D.F.C.M.a APROBACIÓN DE PROTOCOLOS DE TRABAJOS DE TITULACIÓN SESIÓN 24 DE SEPTIEMBRE DE 2020

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, pongo en conocimiento para los fines legales y administrativos pertinentes, que el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas, en sesión realizada el día 24 de septiembre del año en curso, en uso de las atribuciones que le otorga art. 87 del Estatuto de la Universidad de Cuenca, resolvió por unanimidad aprobar los protocolos para los trabajos de titulación de conformidad con el documento adjunto.

De igual manera resolvió delegar a la señora Decana, considerando el requerimiento estudiantil expresado en reunión realizada el día lunes 21 de septiembre de los corrientes, la aprobación de los protocolos que cuenten con informe favorable de la Comisión de Trabajos de Titulación, para ser ratificados en la próxima sesión de Consejo Directivo.

Solicito a la Lcda. Pilar Verdugo, la notificación inmediata de la presente resolución tanto a los peticionarios como a los Directores designados para este proceso académico, para los fines pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dra. Ana Beatriz Guapisaca Vargas
SECRETARIA ABOGADA