

# UCUENCA

## Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

### CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER, AÑO 2022

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico

#### **Autores:**

Tatiana Melissa Cárdenas Ávila

María Sara Domínguez Ortega

#### **Director:**

Manuel Ismael Morocho Malla

ORCID:  0000-0001-5959-3582

Cuenca, Ecuador

2023-10-27

## Resumen

Antecedentes: la depresión es la principal causa de discapacidad a nivel mundial debido a esto es fundamental conocer todas las características que componen a esta patología para poder prevenirlas y también para brindar una atención adecuada a las personas que sufren de esta enfermedad. Objetivo: caracterizar a los pacientes con Trastorno Depresivo atendidos en consulta externa del Hospital Homero Castanier, de Azogues, durante el año 2022. Método: se realizó un estudio descriptivo. El universo se compuso por 302 participantes con depresión. Para las variables cuantitativas se utilizaron estadísticos de tendencia central (media) y estadísticas de dispersión (desvío estándar), mientras que, para las variables cualitativas se utilizaron valores de frecuencia (n) y porcentajes (%). Resultados: predomina el grupo de adultos jóvenes con un 43% (edad media: 45,1 años; SD:  $\pm$  20,05). Preponderan las mujeres con un 74,2%. El 95% de personas proceden de la provincia Cañar. El 49% culminó la primaria. Las personas casadas representaron un 45,4%. La mayoría de personas realizan quehaceres domésticos (53,3%) o son empleados (41,7%). El 94% de casos fueron episodio depresivos leves. 94% de los encuestados dijeron no tener antecedentes familiares de depresión. Los fármacos más utilizados fueron los ISRS (85,4%). El 99,3% recibe psicoterapia. Conclusiones: los resultados obtenidos están acorde a las estadísticas locales y mundiales. Se observaron discrepancias al relacionar las variables gravedad del episodio depresivo con el estado civil y la situación laboral.

*Palabras clave:* trastorno depresivo, estudio observacional, hospital general



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

### Abstract

Background: depression is the main cause of disability worldwide, multiple studies have been carried out in other parts, but not in our environment, due to this it is essential to know all the characteristics that make up this pathology in order to prevent them and also to provide adequate care for people suffering from this disease. Objective: to characterize patients with Depressive Disorder treated in the outpatient clinic of the Homero Castanier Hospital, in Azogues, during the year 2022. Method: a descriptive study was carried out. The universe was made up of an anonymized database with 302 participants with depression. Descriptive statistics were applied, central tendency statistics (mean) and dispersion statistics (standard deviation) were used for quantitative variables, while frequency values (n) and percentages (%) were used for qualitative variables. Results: the group of young adults predominates with 43% (mean age: 45.1 years; SD:  $\pm$  20.05). Women predominate with 74.2%. 95% of people come from the Cañar province. 49% completed primary school. Married people represented 45.4%. The majority of people do housework (53.3%) or are employees (41.7%). 94% of cases were mild depressive episodes. 94% of those surveyed said they had no family history of depression. The most used drugs were SSRIs (85.4%). 99.3% receive psychotherapy. Conclusions: the results obtained are in accordance with local and global statistics. Discrepancies were observed when relating the variables severity of the depressive episode with marital status and employment situation

*Keywords:* depression, major depressive disorder, depressive disorder, clinical features



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

**Institutional Repository:** <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

## Índice de contenido

<b>Resumen</b> .....	2
<b>Abstract</b> .....	3
<b>Dedicatoria</b> .....	7
<b>Agradecimiento</b> .....	8
<b>Capítulo I</b> .....	9
1.1 Introducción .....	9
1.2 Planteamiento del problema.....	9
1.3 Justificación .....	10
<b>Capítulo II</b> .....	12
Fundamento teórico: trastorno depresivo.....	12
<b>Capítulo III</b> .....	21
3.1 Objetivo general.....	21
3.2 Objetivos específicos .....	21
<b>Capítulo IV</b> .....	22
4.1 Diseño de estudio .....	22
4.2 Área de estudio.....	22
4.3 Universo y muestra .....	22
4.4 Criterios de inclusión y exclusión .....	23
4.5 Variables de estudio .....	23
4.6 Operacionalización de variables .....	23
4.7 Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de la información.....	23
4.8 Procedimientos .....	24
4.9 Plan de tabulación y análisis .....	24
<b>Capítulo V</b> .....	25

Resultados.....	25
<b>Capítulo VI</b> .....	<b>29</b>
Discusión .....	29
<b>Capítulo VII</b> .....	<b>32</b>
Conclusiones y recomendaciones.....	32
<b>Referencias</b> .....	<b>33</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>46</b>

**Índice de tablas**

<b>Tabla 1.</b> Características demográficas de 302 pacientes de acuerdo a la edad, sexo, procedencia, escolaridad, estado civil y situación laboral. Hospital Homero Castanier.....	30
<b>Tabla 2.</b> Características clínicas de 302 pacientes de acuerdo a la gravedad del episodio, antecedentes familiares, factores de riesgo, tratamiento farmacológico y psicoterapia. Hospital Homero Castanier. 2022.....	31
<b>Tabla 3.</b> Relación entre las variables demográficas y la variable clínica de gravedad del episodio depresivo de 302 pacientes. Hospital Homero Castanier. 2022.....	32
<b>Tabla 4.</b> Relación entre las variables clínicas y la variable de gravedad del episodio depresivo de 302 pacientes. Hospital Homero Castanier. 2022.....	33

## Dedicatoria

Dedico esta tesis a mis papás, a mis hermanos y cada una de las personas que han estado presentes durante este largo camino, pues me han brindado su apoyo y cariño durante todo el trayecto.

Dedico esta tesis a mi familia, por ser mi sostén, mi impulso. A mi madre, hermano, al recuerdo de mi padre y a mis perritas, porque juntos, ellos hacen que lo que hago, valga el esfuerzo. También me agradezco a mí misma, que, aunque trillado, por no rendirme cuando se ponía difícil.

## Agradecimiento

Agradezco infinitamente a mi familia, especialmente a mi hermano y compañero de carrera Ariel por acompañarme en cada uno de los años universitarios, por darme apoyo y ánimos cada día, a mis padres por todos los esfuerzos realizados para que se cumpla cada uno de mis sueños, sin duda sin el esfuerzo de ellos, esto no sería posible, mil gracias por tanto apoyo y amor hacia mi persona. Mis sueños recién empiezan y ellos me han apoyado en todo, gracias infinitas.

Agradezco a mis mentores en la universidad, aquellos que se apasionaban por enseñar, por quienes yo deseaba entrar al salón de clases. A nuestro tutor, quien genera en mí una confianza inquebrantable, y ha sido una buena guía durante todo este proceso.

Así mismo, como ya mencioné, agradezco a todas las fuerzas que se mantienen a mi alrededor para poder continuar con lo que hago. Para seguir adelante en la carrera, para poder sacarle el mayor al este proyecto

## Capítulo I

### 1.1 Introducción

El trastorno depresivo mayor (TDM) ha sido clasificado como la tercera causa de discapacidad en todo el mundo en 2021 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha proyectado que esta enfermedad ocupará el primer lugar en 2030 (1). Se diagnostica cuando un individuo tiene un estado de ánimo constantemente bajo o deprimido, anhedonia o disminución del interés en actividades placenteras, sentimientos de culpa o inutilidad, falta de energía, falta de concentración, cambios en el apetito, retraso psicomotor o agitación, trastornos del sueño o pensamientos suicidas (2).

Actualmente afecta a más de 300 millones de personas de todas las edades en todo el mundo. A pesar de la disponibilidad de tratamientos psicológicos y farmacológicos efectivos, las tasas de reconocimiento y tratamiento de la depresión siguen siendo bajas. Los médicos pueden mejorar el reconocimiento, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión mediante el uso de un enfoque de atención basado en la medición. El uso sistemático de herramientas de detección validadas puede mejorar el reconocimiento y el diagnóstico (3).

Existen varias herramientas para su diagnóstico entre las cuales tenemos la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.<sup>a</sup> edición (CIE-10) y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5.<sup>a</sup> edición (DSM-5), los cuales señalan algunos signos y síntomas que una persona debe cumplir para recibir un diagnóstico de depresión (4,5)

### 1.2 Planteamiento del problema

La depresión unipolar es altamente prevalente e incapacitante. Encuestas comunitarias en 14 países han estimado que la prevalencia de por vida de los trastornos depresivos unipolares es del 12% (6), y la Organización Mundial de la Salud clasifica la depresión mayor unipolar como la undécima causa más importante de discapacidad y mortalidad en el mundo (7). La Organización Panamericana de la salud (OPS) señaló a la depresión como la tercera causa más frecuente de discapacidad (8), mientras que, en Ecuador, la depresión mayor ocupa el primer lugar entre todas las enfermedades y lesiones como causa de discapacidad (9).

Además, la depresión mayor es altamente recurrente. Después de la recuperación de un episodio, la tasa estimada de recurrencia durante dos años es superior al 40% (10,11); después de dos episodios, el riesgo de recurrencia dentro de los cinco años es de aproximadamente el 75% (12).

La depresión y sus complicaciones significa un gasto considerable para las autoridades, como

indica un estudio realizado en Estados Unidos la cantidad de adultos con TDM aumentó un 12,9%, de 15,5 a 17,5 millones, entre 2010 y 2018, mientras que la proporción de adultos con TDM de 18 a 34 años aumentó de 34,6 a 47,5 % (13). Durante este período, la carga económica incremental de los adultos con TDM aumentó en un 37,9%, de 236 600 millones USD a 326 200 millones USD (valores del año 2020) (13,14). Todos los componentes de la carga económica incremental aumentaron (es decir, los costos directos, los costos relacionados con el suicidio y los costos en el lugar de trabajo), observándose el mayor crecimiento en los costos en el lugar de trabajo, con un 73,2% (13,15). Todo lo expuesto denota la importancia de intervenir en esta patología con el fin de evitar su aparición, tratarla oportunamente, todo esto con el fin de disminuir los gastos generados por la misma y por sus complicaciones.

Con base en lo anteriormente expuesto nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con Trastorno Depresivo atendidos en consulta externa del Hospital Homero Castanier, en el año 2022?

### **1.3 Justificación**

La depresión mayor es un trastorno psiquiátrico que va más allá de las experiencias humanas normales de tristeza. Abarca una amplia gama de síntomas, como sentirse inútil, tener pensamientos suicidas, perder interés en la mayoría o en todas las actividades, experimentar una reducción o aumento significativo del apetito o el sueño y tener dificultad para concentrarse (16). Es fundamental que los profesionales estén capacitados en diagnosticar y prevenir esta patología con el fin de brindar atención adecuada.

Los resultados obtenidos mediante el presente estudio son de gran beneficio para las autoridades de la Carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca ya que les permite tener una perspectiva clara y actual en cuanto a las características de las personas con Depresión atendidas en la consulta externa del Hospital Homero Castanier periodo 2022, otro beneficio es que, en caso de ser publicada, esta investigación serviría como base para el desarrollo de revisiones sistemáticas o metanálisis.

En el ámbito social el desarrollo de esta investigación permite transmitir a la población los resultados lo cual se realizó mediante la socialización de la publicación en el Repositorio Institucional de la Universidad de Cuenca en donde todas las personas pueden tener acceso a esta información.

Los beneficiarios directos fueron los y las estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca. Los beneficiarios indirectos fueron las investigadoras, el personal del Hospital Homero Castanier y futuros autores que puedan encontrar útil la información recopilada.

En cuanto a las prioridades de investigación el proyecto se sitúa en el área 19 del MSP, Sistema Nacional de Salud, línea de “Atención primaria de salud”, sublíneas: “Promoción, Prevención, Tratamiento, Rehabilitación”. Mientras que para la Universidad de Cuenca se ubica en la línea 14, Problemas de salud prevalente prioritarios.

## Capítulo II

### Fundamento teórico: trastorno depresivo

#### Definición

Existen numerosas definiciones y cada una aborda diferentes aristas sobre la patología, como es el caso de la Asociación Americana de Psiquiatría quienes indican que la depresión mayor es una enfermedad médica común y grave que afecta negativamente al estado de ánimo, al pensamiento y al actuar de una persona (17). Otras definiciones indican que el término “depresión” se puede utilizar de múltiples formas, lo que puede resultar confuso; la depresión puede referirse a un (18,19):

- Estado de ánimo, indicado por sentimientos de tristeza, desesperación, ansiedad, vacío, desánimo o desesperanza; no tener sentimientos; o parecer lloroso. El estado de ánimo depresivo (disfórico) puede ser una respuesta normal y, a veces, adaptativa a la pérdida, la decepción o el fracaso percibido. Además, el estado de ánimo deprimido puede ser síntoma de un síndrome psicopatológico u otro trastorno médico.
- Síndrome, que es una constelación de síntomas y signos que pueden incluir un estado de ánimo depresivo. Los síndromes depresivos que se encuentran típicamente incluyen depresión mayor, depresión menor o distimia (trastorno depresivo persistente).
- Trastorno mental que es una condición clínica distinta. A modo de ejemplo, el síndrome de depresión mayor puede ocurrir en varios trastornos, como la depresión mayor unipolar (también llamada “trastorno depresivo mayor”), el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos y el trastorno depresivo debido a otro (general) condición médica.

#### Epidemiología

La depresión es un importante problema de salud pública asociado con una mayor discapacidad funcional y mortalidad. A propósito de la pandemia por COVID 19 en el año de 2020 se observó un aumento en las cifras de depresión y ansiedad lo cual queda evidenciado con los 53,2 millones de casos adicionales de trastorno depresivo mayor a nivel mundial (un aumento del 27,6 %) debido a la pandemia de COVID-19 (20).

Para el año de 2021 la OMS estimó que la depresión afecta a un 3,8% de la población total, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años (21), mientras que para Latino América y el caribe esta cifra se encuentra en un 5% (22). En Ecuador los datos más recientes que se disponen corresponden a 2015 y se observa que para este año un total

de 50.379 personas con diagnóstico de depresión (36.631 mujeres y 13.748 hombres) siendo equivalente a un 4,6% (23,24).

## **Patogénesis**

La depresión unipolar probablemente representa un grupo de trastornos heterogéneos que son fenotípicamente similares (25). Por lo tanto, la depresión puede considerarse la vía común final de diferentes procesos de enfermedad que ocurren a lo largo de un continuo biopsicosocial. Los esfuerzos para comprender la patogenia de la depresión están destinados a discernir estas diferentes enfermedades o subtipos (25,26). La patogenia de la depresión mayor parece implicar tres amplios conjuntos de factores de riesgo, que a menudo coexisten (26,27):

### **Factores internalizantes (emocionales)**

- Genética
- Neuroticismo
- Baja autoestima
- Trastorno de ansiedad de inicio temprano
- Antecedentes de depresión mayor

### **Factores externalizantes (conductuales)**

- Genética
- Mal uso de sustancia
- Desorden de conducta

### **Factores de adversidad**

- Trauma durante la infancia o la edad adulta
- Acontecimientos vitales estresantes en el último año
- Pérdida de los padres
- Baja calidez de los padres
- Historia de divorcio
- Problemas conyugales
- Bajo apoyo social
- Baja educación

## Factores de riesgo

### Factores de riesgo demográficos

- **Edad:** dentro de la población general, la depresión mayor es más común en los adultos jóvenes que en los adultos mayores. Una encuesta representativa a nivel nacional encontró que la prevalencia de 12 meses de depresión mayor unipolar fue mayor en los grupos de edad más jóvenes que en los adultos de 65 años o más (11 a 13 frente a 5%). Además, la prevalencia de por vida fue mayor en los grupos de edad más jóvenes (20 a 23 frente a 14%) (28).

Además, la prevalencia de la depresión en los adultos mayores disminuye a medida que envejecen. Una encuesta comunitaria de adultos de 55 años o más encontró que la prevalencia de 12 meses de depresión mayor disminuyó significativamente con el aumento de la edad (29).

Sin embargo, ciertos grupos de adultos mayores tienen tasas más altas de depresión en comparación con los adultos mayores en general. La prevalencia en los pacientes mayores de atención primaria es comparable a la de los pacientes más jóvenes (30,31). La depresión es aún más común en adultos mayores con una mayor carga de enfermedades médicas, incluidos los residentes de centros de vida asistida o de enfermería especializada, los que reciben atención médica en el hogar y los pacientes que padecen una amplia variedad de afecciones médicas agudas y crónicas (32–35).

- **Estado civil:** una encuesta representativa a nivel nacional encontró que la prevalencia de la depresión mayor unipolar es más alta en adultos divorciados, separados o viudos (28):

### Prevalencia de doce meses:

- Casado/cohabitante – 8%
- Nunca casado - 13%
- Divorciado, separado o viudo: 14%

### Prevalencia de vida:

- Casado/cohabitando – 19%
- Nunca casado - 21%
- Divorciado, separado o viudo: 26%

**Sexo:** dentro de la población general, la prevalencia de síndromes depresivos es aproximadamente dos veces mayor en mujeres que en hombres (36,37):

- Una encuesta nacional realizada en Estados Unidos encontró que la prevalencia de 12 meses de depresión mayor unipolar en mujeres y hombres es 13% y 7%. Además, la prevalencia de por vida en mujeres y hombres es de 26% y 15% (28).
- Las encuestas de adultos que viven en la comunidad en 15 países encontraron que la prevalencia de por vida de la depresión mayor y el trastorno depresivo persistente (distimia) eran cada uno 1,9 veces mayor en las mujeres que en los hombres (38).
- Las tasas de prevalencia para mujeres y hombres pueden diferir porque la etiología de la depresión en cada sexo es diferente (39).

## Diagnóstico

### Screening

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común en la población general (40) y la condición de salud mental más común en pacientes atendidos en atención primaria (41– 44). Aunque los síntomas de depresión prevalecen entre los pacientes de atención primaria, pocos pacientes discuten estos síntomas directamente con sus médicos de atención primaria. En cambio, dos tercios de los pacientes de atención primaria con depresión presentan síntomas somáticos (p. ej., dolor de cabeza, problemas de espalda o dolor crónico), lo que dificulta la detección de la depresión (45,46).

En ausencia de detección, se estima que solo el 50% de los pacientes con depresión mayor son identificados (47). A menos que se les pregunte directamente sobre su estado de ánimo, los pacientes omiten información sobre los síntomas depresivos por una variedad de razones, incluido el miedo a la estigmatización, la creencia de que la depresión está fuera del alcance de la atención primaria, la creencia de que la depresión no es una enfermedad "real" sino más bien una enfermedad personal. defecto, preocupaciones sobre la confidencialidad del registro médico y preocupaciones sobre la prescripción de medicamentos antidepresivos o la derivación a un psiquiatra (48).

Instrumentos de detección: se deben considerar una serie de atributos al elegir un cuestionario para detectar la depresión, incluida su precisión diagnóstica en la población que se examina y la viabilidad de su administración. Los factores que afectan la viabilidad incluyen la cantidad de preguntas, la puntuación y la facilidad de interpretación, y el nivel de lectura requerido. Estas características se resumen en una tabla sobre los cuestionarios recomendados (49).

Los instrumentos de detección breves incluyen el Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9), el Cuestionario de salud del paciente-2 (PHQ-2), el Inventario de depresión de Beck para atención primaria (BDI-PC) y el Well -Ser Índice (OMS-5). Estos pueden ser autoadministrados por los pacientes antes de su reunión con un médico o mientras se encuentran en la sala de espera.

- **PHQ-9:** el PHQ-9 es algo más preciso que otras pruebas (sensibilidad del 88%; especificidad del 85%) y es útil para controlar la respuesta del paciente al tratamiento (50–52). El PHQ-9 se puntúa de 0 a 27, con puntuaciones  $\geq 10$  que indican un posible trastorno depresivo. También incluye una pregunta para evaluar si los síntomas depresivos están afectando la función, un criterio clave para establecer un diagnóstico basado en el DSM (53,54). Al igual que otros cuestionarios de detección, el PHQ-9 no es lo suficientemente preciso para establecer un diagnóstico definitivo de depresión (55,56). Las puntuaciones que excedan el umbral para una prueba positiva deben impulsar una evaluación diagnóstica cuidadosa. El PHQ-9 se puede utilizar para controlar la respuesta al tratamiento (56).
- **PHQ-2:** el PHQ-2, también llamado "Pantalla de dos preguntas", se compone de las dos primeras preguntas del PHQ-9:
  - Durante las últimas dos semanas, ¿se ha sentido a menudo desanimado, deprimido o desesperanzado?
  - Durante las últimas dos semanas, ¿le ha molestado a menudo tener poco interés o placer en hacer las cosas?

El PHQ-2 tiene la ventaja de ser breve y fácil de administrar verbalmente. Las respuestas pueden ser dicotómicas (sí/no) o escaladas (0 a 3). Una única respuesta "sí" o una puntuación  $\geq 3$  (de una puntuación posible de 0 a 6) indica una posible depresión clínicamente significativa. El PHQ-2 tiene una sensibilidad del 76% y una especificidad del 87% (57).

- **Inventario de depresión de Beck para atención primaria:** el BDI-PC es una escala de siete elementos (58) adaptada del Inventario de depresión de Beck (BDI-II) de 21 elementos ampliamente validado (59,60). El BDI-II de 21 ítems es útil para monitorear la respuesta al tratamiento. En pacientes ambulatorios de atención primaria, el BDI-PC con un punto de corte de cuatro puntos tuvo una sensibilidad del 97 % y una especificidad del 99 % para identificar la depresión mayor (61). Sin embargo, el BDI está disponible solo mediante licencia que requiere una tarifa y, por lo tanto, tiene un uso limitado para la detección, ya que otros instrumentos están disponibles en el dominio público.
- **OMS-5:** el OMS-5 tiene una sensibilidad excelente, pero es algo menos específico

(sensibilidad del 86%; especificidad del 81%) que otros instrumentos (62).

### **Diagnóstico definitivo**

Existen múltiples taxonomías para diagnosticar los trastornos depresivos. La recomendación más aceptada es diagnosticar los trastornos depresivos unipolares de acuerdo con los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, quinta edición (DSM-5) (18). En el DSM-5, los trastornos depresivos que se pueden diagnosticar incluyen (18):

- Depresión mayor unipolar (trastorno depresivo mayor).
- Trastorno depresivo persistente (distimia).
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos.
- Trastorno depresivo debido a otra condición médica.
- Otro trastorno depresivo especificado (p. ej., depresión menor).
- Trastorno depresivo no especificado.

Una alternativa razonable al DSM-5 para el diagnóstico de trastornos depresivos es la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS - 10ª Revisión (CIE-10) (63) y de manera más reciente desde 2022 la CIE-11, sin embargo, esta última no es utilizada de manera internacional (64). Para la depresión mayor, los dos conjuntos de criterios son básicamente los mismos, mientras que, para otros trastornos como la distimia, los criterios difieren sustancialmente. La CIE-10 menciona el síndrome de tensión premenstrual (llamado trastorno disfórico premenstrual en el DSM-5) como diagnóstico, pero no proporciona criterios diagnósticos. El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo no está incluido en la CIE-10 (18,63).

### **Criterios diagnósticos**

La depresión mayor unipolar (trastorno depresivo mayor) se caracteriza por antecedentes de uno o más episodios depresivos mayores (tabla 1) y sin antecedentes de manía o hipomanía (18). Un episodio depresivo mayor se manifiesta con cinco o más de los siguientes nueve síntomas durante al menos dos semanas consecutivas; al menos un síntoma debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.

- Pérdida de interés o placer en la mayoría o todas las actividades, casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Pérdida de peso significativa o aumento de peso (p. ej., 5% en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- Retraso psicomotor o agitación casi todos los días que otros observan.
- Fatiga o poca energía, casi todos los días.
- Disminución de la capacidad para concentrarse, pensar o tomar decisiones, casi todos los días.
- Pensamientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, casi todos los días.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o un intento de suicidio.

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos del DSM-5 para un episodio depresivo mayor

<p><b>A.</b> 5 (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos 1 de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.</p> <p><b>NOTA:</b> No incluya síntomas que sean claramente atribuibles a otra condición médica.</p>	1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, como lo indica el informe subjetivo (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o las observaciones realizadas por otros (p. ej., parece lloroso). (NOTA: En niños y adolescentes, puede haber estado de ánimo irritable.)
	2) Interés o placer marcadamente disminuido en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (según lo indicado por el relato subjetivo o la observación).
	3) Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (NOTA: en los niños, considere no lograr el aumento de peso esperado).
	4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
	5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o ralentización).
	6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
	7) Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente auto-reproche o culpa por estar enfermo).
	8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por su relato subjetivo o según lo observado por otros).
	9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.
	<b>B.</b> Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
<b>C.</b> El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos directos de una sustancia a otra condición médica.	
<b>NOTA:</b> Los criterios A a C representan un episodio depresivo mayor.	
<b>NOTA:</b> Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina financiera, pérdidas por un desastre natural, una enfermedad médica grave o una discapacidad) pueden incluir sentimientos de tristeza intensa, rumiación sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa también debe considerarse cuidadosamente. Esta decisión requiere	

inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.
<b>D.</b> La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otros trastornos psicóticos.
<b>E.</b> Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
<b>NOTA:</b> Esta exclusión no se aplica si todos los episodios maníacos o hipomaníacos son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica.
<b>Especificar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con angustia ansiosa</li> <li>• Con rasgos mixtos</li> <li>• Con rasgos melancólicos</li> <li>• Con rasgos atípicos</li> <li>• Con rasgos psicóticos</li> <li>• con catatonia</li> <li>• Con inicio periparto</li> <li>• Con estampado de temporada</li> </ul>

**Fuente:** Asociación Americana de Psiquiatría. Psychiatry.org - DSM V (18)

**Elaboración:** Cárdenas T, Domínguez M.

## Tratamiento

Muchos estudios describen el resultado del tratamiento utilizando los términos "respuesta" y "remisión", según la cantidad de mejora desde el inicio en una escala de calificación de depresión administrada por un médico (65,66):

- Respuesta: mejora  $\geq 50\%$  pero inferior al umbral de remisión.
- Remisión: resolución del síndrome depresivo, que puede operacionalizarse mediante una puntuación en la escala de calificación de la depresión inferior
- r o igual a un límite específico que define el rango normal. Por ejemplo, los estudios que utilizan la escala de calificación de depresión de Hamilton de 17 ítems (Anexo D) a menudo definen la remisión como una puntuación  $\leq 7$ , mientras que los estudios que utilizan el PHQ-9 a menudo define la remisión como una puntuación  $< 5$ .

**Elección de un régimen de tratamiento:** para el tratamiento inicial de la depresión mayor unipolar, sugerimos la combinación de farmacoterapia y psicoterapia, según los ensayos aleatorios que encontraron que el tratamiento combinado fue más efectivo que cualquiera de estos tratamientos solos (67,68). Sin embargo, los ensayos clínicos no han establecido la superioridad de ninguna combinación específica de medicación/psicoterapia (69). Más bien, los médicos seleccionan cada modalidad utilizando los mismos principios al elegir una monoterapia.

## Farmacoterapia

Opciones de tratamiento: los antidepresivos de segunda generación que están disponibles para tratar la depresión mayor unipolar incluyen (70,71):

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
- Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina.
- Antidepresivos atípicos.
- Moduladores de serotonina.

Los antidepresivos más antiguos de primera generación incluyen (71,72):

- Antidepresivos tricíclicos.
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).

## Psicoterapia

Para el tratamiento inicial de la depresión mayor unipolar, los ensayos aleatorios indican que la combinación de farmacoterapia y psicoterapia (p. ej., terapia cognitivo-conductual o psicoterapia interpersonal) es más eficaz que la farmacoterapia sola o la psicoterapia sola (73).

La psicoterapia es eficaz para el tratamiento inicial de la depresión mayor unipolar, según numerosos ensayos aleatorios (73,74). Como ejemplo, un metanálisis de 92 ensayos (n >6900 pacientes) comparó la psicoterapia (principalmente TCC) con una condición de control (p. ej., lista de espera o atención habitual) (75). Los principales hallazgos fueron los siguientes (76,77):

- La remisión se produjo en más pacientes tratados con psicoterapia, en comparación con los controles (41 frente a 21%).
- La heterogeneidad entre los estudios fue grande; los análisis de subgrupos encontraron que los beneficios de la psicoterapia fueron menores en los pacientes mayores y para las terapias grupales (en comparación con las terapias individuales).
- El número de sesiones de terapia no se asoció con el efecto de la psicoterapia.

## Capítulo III

### Objetivos

#### 3.1 Objetivo general

- Determinar las características de los pacientes con Trastorno Depresivo atendidos en consulta externa del Hospital Homero Castanier, año 2022.

#### 3.2 Objetivos específicos

- Determinar las características demográficas de acuerdo a las variables: edad, sexo, procedencia, escolaridad, estado civil, situación laboral.
- Determinar las características clínicas de acuerdo a las variables: gravedad del episodio, antecedentes familiares, factores de riesgo, tratamiento farmacológico y psicoterapia.
- Relacionar variables sociodemográficas según las variables clínicas.

## Capítulo IV

### Diseño metodológico

#### 4.1 Diseño de estudio

El estudio será cuantitativo de tipo descriptivo, observacional.

#### 4.2 Área de estudio

**Lugar:** Hospital Homero Castanier.

**Ubicación:** Azogues.

**Dirección:** Av. Andrés F. Córdova y Luis Manuel González.

#### 4.3 Universo y muestra

##### 4.3.1 Universo

Base de datos anonimizada de hombres y mujeres mayores de edad que hayan sido diagnosticados de depresión en el servicio de consulta externa del Hospital Homero Castanier durante el periodo 2022; se han estimado 956 participantes (dato proporcionado por el personal de salud mental del hospital).

##### 4.3.2 Muestra

La muestra se calculó mediante aplicación de la fórmula de Fisher para universos finitos, teniendo en consideración una población de 956 participantes, un nivel de confianza al 95% y un margen de error del 5% y una probabilidad a favor de 0,5.

$$N = \frac{\frac{z^2 p(1-p)}{e^2}}{1 + \frac{z^2 p(1-p)}{e^2 N}}$$

$$N = \frac{\frac{1.96^2 0.5(1-0.5)}{0.05^2}}{1 + \left(\frac{1.96^2 0.5(1-0.5)}{0.05^2 956}\right)}$$

$$N = 275$$

**En donde:**

**e:** margen de error

**N:** tamaño de la población

**p:** probabilidad a favor

**z:** nivel de confianza (valor z)

Se obtuvo una muestra de 275, a la cual se sumará un 10% para contemplar posibles pérdidas o datos incompletos dando una muestra final de 302 participantes.

Para el muestro se aplicará el programa de randomization.com para una selección aleatoria de los expedientes clínicos.

#### **4.4 Criterios de inclusión y exclusión**

##### **4.4.1 Criterios de inclusión**

- Base de datos con base a historias clínicas de pacientes atendidos durante el periodo 2022, de hombres y mujeres, edad igual o mayor de 18 años.

##### **4.4.2 Criterios de exclusión**

- Datos de historias clínicas de pacientes con datos incompletos.

#### **4.5 Variables de estudio**

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Escolaridad
- Estado civil
- Situación laboral
- Gravedad del episodio depresivo
- Antecedentes familiares
- Tratamiento farmacológico
- Psicoterapia

#### **4.6 Operacionalización de variables**

Ver Anexo A.

#### **4.7 Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de la información**

##### **4.7.1 Método**

Observacional

## 4.7.2 Técnica

Aplicación de un formulario para la recolección de información de las bases de datos de las hist 4.7.3 Instrumentos

## 4.7.3 Instrumentos

Se utilizó el formulario de recolección de datos (Anexo B) diseñado por las autoras para obtener la información. La misma que será validada por el director de nuestro proyecto de titulación.

## 4.8 Procedimientos

### 4.8.1 Autorización

Se esperó la aprobación por parte de la Comisión de Trabajos de Titulación, el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos y el Honorable Consejo directivo y, posterior a esto, se procedió a revisar la base de datos proporcionada por el Hospital Homero Castanier.

### 4.8.2 Capacitación

Las autoras se capacitaron en la aplicación del método, técnicas e instrumentos para la obtención de datos.

### 4.8.3 Supervisión

El estudio realizado estuvo supervisado por el docente de la Universidad de Cuenca, Dr. Ismael Morocho.

## 4.9 Plan de tabulación y análisis

Los datos obtenidos en la presente investigación fueron tabulados en el programa Microsoft Excel y analizados en el programa IBM SPSS versión 27. Para las variables cuantitativas se utilizaron estadísticos de tendencia central (media, mediana y moda) y estadísticas de dispersión (desvío estándar), mientras que las variables cualitativas se utilizaron valores de frecuencia absolutas (n) y porcentajes (%). Se presentaron los datos con tablas simples y de contingencia. No se utilizó estadística inferencial (analítica), además, se utilizaron tablas de contingencia para el análisis del cruce de variables clínicas.

## Capítulo V

## Resultados

**Tabla 1.** Características demográficas de 302 pacientes de acuerdo a la edad, sexo, procedencia, escolaridad, estado civil y situación laboral. Hospital Homero Castanier. 2022.

		n=302	%
<b>Grupo etario <sup>a</sup></b>	<b>Adulto joven (18-39)</b>	130	43,0
	<b>Adulto maduro (40-64)</b>	99	32,8
	<b>Adulto mayor (65 o más)</b>	73	24,2
<b>Sexo</b>	<b>Hombre</b>	78	25,8
	<b>Mujer</b>	224	74,2
<b>Procedencia</b>	<b>Azuay</b>	9	3,0
	<b>Cañar</b>	287	95,0
	<b>Otra provincia</b>	6	2,0
<b>Escolaridad</b>	<b>Ninguna</b>	83	27,5
	<b>Primaria</b>	148	49,0
	<b>Secundaria</b>	54	17,9
	<b>Tercer nivel</b>	17	5,6
<b>Estado civil</b>	<b>Soltero/a</b>	118	39,1
	<b>Casado/a</b>	137	45,4
	<b>Unión libre</b>	20	6,6
	<b>Divorciado/a</b>	11	3,6
	<b>Viudo/a</b>	16	5,3
<b>Situación laboral</b>	<b>Empleado</b>	126	41,7
	<b>Desempleado</b>	13	4,3
	<b>QQDD <sup>1</sup></b>	161	53,3
	<b>Jubilado/a</b>	2	0,7

<sup>a</sup> **Edad media:** 45,1 años ( $\pm$  20,05)

<sup>1</sup> Quehaceres domésticos

**Fuente:** Base de datos

**Elaboración:** Cárdenas T, Domínguez M.

La mayor parte de la población se ubica en el grupo etario de adulto joven con un 43%. Prevalcen las mujeres con un 74,2%. La provincia que prepondera es Cañar con un 95%. Las personas con escolaridad primaria predominan con un 49% seguidas de las personas sin instrucción con un 27,5%. La mayoría de personas están casadas con un 45,4% seguidas del grupo de solteros con un 39,1%. Los quehaceres domésticos predominan como la situación laboral más frecuente con un 53,3% seguido de los empleados con un 41,7%.

**Tabla 2.** Características clínicas de 302 pacientes de acuerdo a la gravedad del episodio, antecedentes familiares, factores de riesgo, tratamiento farmacológico y psicoterapia. Hospital Homero Castanier. 2022.

		<b>n=302</b>	<b>%</b>
<b>Gravedad del episodio depresivo</b>	<b>Leve</b>	284	94,0
	<b>Moderado</b>	18	6,0
<b>Factores de riesgo*</b>	<b>Edad</b>	125	41,4
	<b>Estado civil</b>	27	8,9
	<b>Sexo</b>	224	74,2
<b>Antecedentes familiares</b>	<b>Sí</b>	284	94,0
	<b>No</b>	18	6,0
<b>Tratamiento farmacológico</b>	<b>ISRS <sup>1</sup></b>	258	85,4
	<b>IRSN <sup>2</sup></b>	10	3,3
	<b>Atípicos</b>	4	1,3
	<b>Tricíclicos</b>	20	6,6
	<b>IMAO <sup>3</sup></b>	10	3,3
<b>Psicoterapia</b>	<b>Sí</b>	300	99,3
	<b>No</b>	2	0,7

\* Para el análisis de los factores de riesgo se debe tomar en cuenta que varios pacientes presentaron más de 1 factor de riesgo a la vez.

<sup>1</sup> Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

<sup>2</sup> Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina

<sup>3</sup> Inhibidores de la monoaminooxidasa

**Fuente:** Base de datos

**Elaboración:** Cárdenas T, Domínguez M.

Se observa una mayoría de casos de depresión leve con un 94% mientras que, existen solamente un 6% de casos de depresión moderada y no se identificaron casos de depresión severa. El 41% de la población presenta como factor de riesgo su edad (adulto joven), se observa un 8,9% de personas con factores de riesgos con respecto a su estado civil (divorciado/a, separado/a, viudo/a) y un 74,2% presentan factor de riesgo su sexo (mujeres). El 94% de personas estudiadas indicaron tener algún antecedente de depresión en su familia. El tratamiento farmacológico más usado fue aquel que se basó en los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina con un 85,4% seguido por los antidepresivos tricíclicos con un 6,6%, mientras que, el tratamiento menos usado fue el que utilizó antidepresivos atípicos con un 1,3%.

**Tabla 3.** Relación entre las variables demográficas y la variable clínica de gravedad del episodio depresivo de 302 pacientes. Hospital Homero Castanier. 2022.

		Gravedad del episodio depresivo					
		Leve		Moderado		Total	
		n=284	%	n=18		n=302	%
<b>Grupo etario</b>	<b>Adulto joven</b>	118	39,1	12	4,0	130	43,0
	<b>Adulto</b>	95	31,5	4	1,3	99	32,8
	<b>Adulto mayor</b>	71	23,5	2	0,7	73	24,2
<b>Sexo</b>	<b>Hombre</b>	72	23,8	6	2,0	78	25,8
	<b>Mujer</b>	212	70,2	12	4,0	224	74,2
<b>Escolaridad</b>	<b>Ninguna</b>	80	26,5	3	1,0	83	27,5
	<b>Primaria</b>	139	46,0	9	3,0	148	49,0
	<b>Secundaria</b>	48	15,9	6	2,0	54	17,9
	<b>Tercer nivel</b>	17	5,6	0	0,0	17	5,6
<b>Estado civil</b>	<b>Soltero/a</b>	106	35,1	12	4,0	118	39,1
	<b>Casado/a</b>	131	43,4	6	2,0	137	45,4
	<b>Unión libre</b>	20	6,6	0	0,0	20	6,6
	<b>Divorciado/a</b>	11	3,6	0	0,0	11	3,6
	<b>Viudo/a</b>	16	5,3	0	0,0	16	5,3
<b>Situación laboral</b>	<b>Empleado</b>	121	40,1	5	1,7	126	41,7
	<b>Desempleado</b>	13	4,3	0	0,0	13	4,3
	<b>QQDD <sup>1</sup></b>	148	49,0	13	4,3	161	53,3
	<b>Jubilado/a</b>	2	0,7	0	0,0	2	0,7

<sup>1</sup> Quehaceres domésticos

**Fuente:** Base de datos

**Elaboración:** Cárdenas T, Domínguez M.

La distribución de los pacientes con depresión leve es similar en todos los grupos etarios, mientras que, en la depresión moderada se evidencia una marcada superioridad en el grupo de adultos jóvenes (4%). Al observar el sexo de los participantes, tanto en los casos de depresión leve y moderada, las mujeres con quienes presentan una mayor cantidad de casos. La mayor parte de personas con depresión leve tiene una escolaridad primaria (46%) o carecen de una instrucción formal (26,5%), por otro lado, se observa una nula cantidad de personas con depresión moderada en personas con una escolaridad de tercer nivel. La mayoría de personas con depresión leve y moderada se encuentran solteras (35,1%) o casadas (43,4%), en contraste, se observa un menor número de personas con depresión leve que están divorciadas (3,6%) o viudas (5,3%) además de observar una nula cantidad de personas con depresión moderada que se encuentren divorciadas, viudas o en unión libre. El grupo mayoritario de personas con depresión leve y moderada realizan quehaceres domésticos con un 49% y un 4,3% respectivamente.

**Tabla 4.** Relación entre las variables clínicas y la variable de gravedad del episodio depresivo de 302 pacientes. Hospital Homero Castanier. 2022.

		Gravedad del episodio depresivo					
		Leve		Moderado		Total	
		n=284	%	n=18		n=302	%
<b>Antecedentes familiares</b>	<b>Sí</b>	284	94,0	0	0,0	284	94,0
	<b>No</b>	0	0,0	18	6,0	18	6,0
<b>Tratamiento farmacológico</b>	<b>ISRS <sup>1</sup></b>	247	81,8	11	3,6	258	85,4
	<b>IRSN <sup>2</sup></b>	9	3,0	1	0,3	10	3,3
	<b>Atípicos</b>	2	0,7	2	0,7	4	1,3
	<b>Tricíclicos</b>	18	6,0	2	0,7	20	6,6
<b>Psicoterapia</b>	<b>IMAO <sup>3</sup></b>	8	2,6	2	0,7	10	3,3
	<b>Sí</b>	282	93,4	18	6,0	300	99,3
	<b>No</b>	2	0,7	0	0,0	2	0,7

<sup>1</sup> Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

<sup>2</sup> Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina

<sup>3</sup> Inhibidores de la monoaminooxidasa

**Fuente:** Base de datos

**Elaboración:** Cárdenas T, Domínguez M.

El 94% de personas con depresión leve refirió un antecedente familiar, mientras que, el 6% de personas con depresión moderada no indicó ningún antecedente familiar. La mayoría de casos de depresión leve y moderada se manejaron con ISRS. Solamente 2 pacientes con depresión leve se encontraron sin psicoterapia al momento del estudio mientras que, ningún paciente con depresión moderada se encuentra sin seguimiento por un psicoterapeuta al momento de realizar el estudio.

## Capítulo VI

### Discusión

En el presente estudio se ha pretendido realizar una caracterización de 302 pacientes con depresión que han asistido al Hospital Homero Castanier además de realizar un análisis de sus características sociodemográficas y clínicas. En el apartado de la edad se ha identificado como grupo mayoritario a los adultos jóvenes y, de manera similar a lo que indica un estudio, al comparar la edad con la gravedad de la depresión se evidencia mayor gravedad en grupo etarios más jóvenes (78,79). Tomando esto en cuenta además de la gran variación presentada con respecto al rango de edad (edad media: 45,1 años; SD: ( $\pm$  20,05) se vuelve un tanto complejo abarcar a toda la población, sin embargo, es deber fundamental desarrollar y aplicar programas de prevención en todos los grupos ya que, como indican algunos estudios, se puede reducir hasta en un 18,2% los síntomas depresivos cuando se aplican estrategias adecuadas para un momento y un grupo etario específico (80,81).

Con respecto al sexo se observa una superioridad numérica 3:1 a favor de las mujeres. Como indica la epidemiología local y mundial la depresión en términos generales afecta más a las mujeres (82,83), lo cual se evidencia en el presente estudio. Esta disparidad de sexo podría ser explicada por el papel potencial de las hormonas gonadales en la etiología de los trastornos depresivos (84). De hecho, algunos estudios han revelado que las mujeres tienen más probabilidades de experimentar alteraciones del estado de ánimo, ansiedad y depresión durante épocas de flujo hormonal, como la pubertad, la menopausia, los períodos perimenstrual y posparto (85). Si bien el flujo hormonal en las mujeres parece aumentar la probabilidad de experimentar alteraciones del estado de ánimo, los estudios clínicos y preclínicos en hombres sugieren que la testosterona produce beneficios protectores contra la depresión lo cual explicaría el número tan alto de mujeres que sufren esta patología (86).

Al analizar la distribución de la escolaridad de los participantes se identifica una mayoría de personas con escolaridad primaria seguido de personas sin una escolaridad formal. Por otro lado, al relacionar la escolaridad con la gravedad del cuadro depresivo se observa que las personas con una escolaridad superior (tercer nivel) tienen cifras inferiores tanto de depresión leve como moderada. Esto cobra vital importancia al identificar algunos estudios que afirma que el nivel educativo tiene efectos preventivos y longitudinales positivos sobre la depresión

(87–89). Por lo tanto, ampliar las políticas relativas a las oportunidades educativas puede prevenir la aparición de la depresión.

Esto es importante, especialmente en el contexto de Ecuador, donde la prevalencia de la depresión se ha triplicado en el lapso de 8 años (23,24). El acceso a la educación superior merece una consideración continua en la investigación y los debates políticos sobre la salud mental y el desarrollo del sistema educativo.

Cuando se analiza el estado civil de los participantes se puede identificar que los pacientes con depresión están en su mayoría solteros o casados. Esto contrasta con un estudio realizado en 2017 (n=878.965) que se basó en el análisis de encuestas nacionales de entre 1996-2013; en el estudio se observó que las probabilidades de depresión fueron menores para las personas solteras, viudas o separadas en comparación con las personas casadas (90). De otra manera, un estudio llevado a cabo en 2021 (n=5.620) determinó que, en comparación con el matrimonio, ser soltero o divorciado/viudo se asoció con síntomas depresivos en todas las edades en los hombres; mientras que, para las mujeres, estar soltera (pero no estar divorciada o viuda) se asoció con síntomas depresivos (91). Otra investigación publicada en 2017 (n=3.535) realiza un análisis del papel de la soledad y de las redes sociales (redes de apoyo) en personas mayores con depresión, obteniendo como resultados que la depresión fue más prevalente en las mujeres solteras, separadas, divorciadas o viudas, que vivían en un entorno rural; por otra parte, entre las personas que se sentían solas, las que padecían depresión estaban casadas con mayor frecuencia y tenían una red social pequeña; entre aquellos que no se sentían solos, la depresión se asoció con haber estado casados anteriormente. En las personas deprimidas, los sentimientos de soledad se asociaron con tener una red social pequeña; mientras que, entre aquellos sin depresión, los sentimientos de soledad se asociaron con el hecho de estar casados (92). Todo esto pone en evidencia en primer lugar a gran variabilidad que la depresión puede presentar con respecto al estado civil y su relación con el sexo y la edad. En segundo lugar, se resalta la importancia de las redes de apoyo y de no subestimar la soledad en las personas debido a que orientar estilos de vida con redes de apoyo firmes pueden evitar una complicación o hasta la aparición de episodios depresivos (93).

Dentro del análisis de la situación laboral de las personas con depresión se observa la mayor cantidad de personas, tanto para depresión leve como moderada, se dedican a los quehaceres domésticos mientras que en segundo lugar se observan a los empleados privados. Esto contrasta de manera divergente con algunos estudios que indican mayores prevalencias de depresión en personas desempleadas de entre 29-37 años (94,95). Una probable explicación a esto podría ser que al momento del estudio se desconoce el tiempo de

desempleo de los participantes lo cual es fundamental para la aparición de cuadros o síntomas depresivos ya que estos se presentan generalmente cuando una persona ha tenido un trabajo y lo pierde repentinamente o cuando se encuentran buscando trabajo de manera prolongada.

La mayor cantidad de personas tuvieron antecedentes familiares de depresión, sin embargo, llama la atención que en el grupo de depresión moderada ninguna persona tenía este tipo de antecedentes. Es de suma importancia valorar la historia familiar de este tipo de pacientes ya que, como indican varios estudios, el tener un linaje de depresión puede predisponer a una persona a presentar esta patología o a que sus síntomas se presenten de una manera más grave (96,97).

En las personas investigadas el tratamiento con ISRS fue el que se utilizó con mayor frecuencia siendo los segundos más usados los tricíclicos en depresión leve y los atípicos, tricíclicos e IMAO en depresión moderada. Esto queda más respaldado con las guías y recomendaciones que existen actualmente a nivel mundial en las cuales se recomienda iniciar con ISRS y valorar a los pacientes de manera individual para decidir la prescripción prolongada o la rotación del fármaco (98–100). Por otro lado, queda a criterio de los especialistas cuál es la mejor forma de rotar los antidepresivos con el fin de que los pacientes encuentren el mejor beneficio terapéutico.

El rol terapéutico que tiene la psicoterapia es fundamental cuando se busca una terapia curativa en los pacientes, esto se demuestra al observar solamente un 0,7% de pacientes sin seguimiento por parte de un psicoterapeuta. Es fundamental recalcar que cuando se habla de cura es mejor utilizar el término remisión debido a que los pacientes pueden estar expuestos a presentar síntomas de un momento a otro. La remisión se define como un periodo de entre 6-12 meses sin síntomas depresivos y es uno de los objetivos del tratamiento de las personas con depresión (101). De manera muy reciente en la búsqueda de la remisión se han aplicado varias terapias como el uso de la psilocibina o fármacos como la ketamina o la esketamina (102,103). En la búsqueda de un “santo grial” para la cura de la depresión se ha dejado de lado el desarrollo o mejora de la psicoterapia la cual es una potente herramienta cuando se imparte por un profesional altamente calificado (104,105).

## Capítulo VII

### Conclusiones y recomendaciones

#### 7.1 Conclusiones

- Existen un amplio margen con respecto a la edad de los pacientes, siendo el grupo más representativo los adultos jóvenes.
- Al igual que en la epidemiología mundial y regional las mujeres lideran 3:1 el número de personas con depresión.
- Se identifica como posible factor protector para esta población a la escolaridad superior.
- Existen discrepancias entre los resultados del presente estudio y resultados de estudio realizados en otros países con respecto al estado civil de las personas y la gravedad o presencia de depresión.
- No existe concordancia con los resultados sobre la cantidad de personas con depresión y una situación laboral de desempleo.
- No existe una aparente relación entre los antecedentes de depresión y la gravedad del cuadro depresivo.
- La farmacoterapia más utilizada son los ISRS.
- La mayoría de pacientes cuentan con psicoterapia.

#### 7.2 Recomendaciones

- Aplicar estrategias de promoción de bienestar mental y prevención de depresión para diferentes grupos etarios.
- Realizar estudios que validen de manera local la relación entre la disparidad de sexo con los niveles de testosterona.
- Promover el progreso académico en las personas con el fin de garantizar que las mismas adquieran factores protectores contra la depresión.
- Informar a las personas sobre el riesgo que la soledad representa con respecto a la depresión y su solución con la consolidación de redes de apoyo.
- Poner psicoterapeutas a disposición de personas que hayan perdido un trabajo recientemente o no lo encuentren durante un tiempo prolongado.
- Poner énfasis en el screening de depresión en personas que tengan antecedentes de depresión familiar.
- Promover el uso de la farmacoterapia y la psicoterapia aplicada hasta el momento.

### Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2021 [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Rose AL, Hopko DR, Lejuez CW, Magidson JF. Major Depressive Disorder. Functional Analysis in Clinical Treatment, Second Edition [Internet]. el 1 de junio de 2022 [citado el 23 de abril de 2023];339–73. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/>
3. Trivedi MH. Major Depressive Disorder in Primary Care: Strategies for Identification. J Clin Psychiatry [Internet]. el 1 de abril de 2020 [citado el 23 de abril de 2023];81(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32220155/>
4. Instituto Aragonés de Ciencias de Salud. 5. Diagnóstico clínico y criterios diagnósticos - GuíaSalud [Internet]. 2021 [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-infancia-diagnostico/>
5. Instituto Aragonés de Ciencias de Salud. 5. Diagnóstico clínico y criterios diagnósticos - GuíaSalud [Internet]. 2021 [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-infancia-diagnostico/>
6. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Green JG, Russo LJ, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. Arch Gen Psychiatry [Internet]. enero de 2011 [citado el 23 e abril de 2023];68(1):90–100. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21199968/>
7. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet [Internet]. el 1 de diciembre de 2012 [citado el 23 de abril de 2023];380(9859):2197–223. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23245608/>
8. Organización Panamericana de la Salud. Causas principales de mortalidad, y discapacidad - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2019 [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-discapacidad>

9. Edición Médica. Ecuador entre los cinco países con más discapacidad por depresión [Internet]. 2019 [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-es-uno-de-los-cinco-paises-con-mas-discapacidad-por-depresion-93904>
10. Monroe SM, Harkness KL. Major Depression and Its Recurrences: Life Course Matters. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2022 [citado el 26 de abril de 2023];18:329–57. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35216520/>
11. Powell V, Agha SS, Jones RB, Eyre O, Stephens A, Weavers B, et al. ADHD in adults with recurrent depression. *J Affect Disord* [Internet]. el 1 de diciembre de 2021 [citado el 26 de abril de 2023];295:1153–60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34706428/>
12. Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Lavori PW, Shea MT, et al. Multiple recurrences of major depressive disorder. *Am J Psychiatry* [Internet]. febrero de 2000 [citado el 23 de abril de 2023];157(2):229–33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10671391/>
13. Greenberg PE, Fournier AA, Sisitsky T, Simes M, Berman R, Koenigsberg SH, et al. The Economic Burden of Adults with Major Depressive Disorder in the United States (2010 and 2018). *Pharmacoeconomics* [Internet]. el 1 de junio de 2021 [citado el 23 de abril de 2023];39(6):653–65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33950419/>
14. Zhdanova M, Pilon D, Ghelerter I, Chow W, Joshi K, Lefebvre P, et al. The Prevalence and National Burden of Treatment-Resistant Depression and Major Depressive Disorder in the United States. *J Clin Psychiatry* [Internet]. el 1 de marzo de 2021 [citado el 26 de abril de 2023];82(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33989464/>
15. Pilon D, Joshi K, Sheehan JJ, Zichlin ML, Zuckerman P, Lefebvre P, et al. Burden of treatment-resistant depression in Medicare: A retrospective claims database analysis. *PLoS One* [Internet]. el 1 de octubre de 2019 [citado el 26 de abril de 2023];14(10). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31600244/>
16. Asociación Americana de Psiquiatría. Workplace Mental Health - Quantifying the Cost of Depression [Internet]. 2023 [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://workplacementalhealth.org/mental-health-topics/depression/quantifying-the-cost-of-depression>
17. Asociación Americana de Psiquiatría. Psychiatry.org - What Is Depression? [Internet].

2023 [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>

18. Asociación Americana de Psiquiatría. Psychiatry.org - DSM V TR [Internet]. 2023 [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

19. Narriman C, Robert E, Phillips K, Yudofsky S. The Language of Mental Health: A Glossary of Psychiatric Terms. 8a ed. Vol. 1. 2011.

20. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet [Internet]. el 6 de noviembre de 2021 [citado el 23 de abril de 2023];398(10312):1700–12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34634250/>

21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión [Internet]. 2021 [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

22. Organización Panamericana de la Salud (OPS). OPS/OMS | Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente [Internet]. 2012 [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)

23. Edición Médica. Ecuador, entre los países con más casos de depresión en Latinoamérica [Internet]. 2017 [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-entre-los-paises-con-mas-casos-de-depresi-n-en-latinoam-rica-89705>

24. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Este 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud, con el tema “Depresión: Hablemos” – Ministerio de Salud Pública [Internet]. 2015 [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>

25. Parker G. The benefits of antidepressants: news or fake news? Br J Psychiatry [Internet]. el 1 de agosto de 2018 [citado el 23 de abril de 2023];213(2):454–5. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30027876/>

26. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *Am J Psychiatry* [Internet]. enero de 2006 [citado el 23 de abril de 2023];163(1):115–24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16390898/>
27. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. febrero de 2010 [citado el 23 de abril de 2023];67(2):113–23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20124111/>
28. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, Saha TD, Ruan WJ, Stohl M, et al. Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry* [Internet]. el 1 de abril de 2018 [citado el 23 de abril de 2023];75(4):336–46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29450462/>
29. Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Friedman MB, Bruce ML. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. mayo de 2010 [citado el 23 de abril de 2023];67(5):489 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20439830/>
30. Lyness JM, Caine ED, King DA, Cox C, Yoediono Z. Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med* [Internet]. 1999 [citado el 23 de abril de 2023];14(4):249–54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10203638>
31. Schulberg HC, Mulsant B, Schulz R, Rollman BL, Houck PR, Reynolds CF. Characteristics and course of major depression in older primary care patients. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 1998 [citado el 23 de abril de 2023];28(4):421–36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10207741/>
32. Lyness JM, Niculescu A, Tu X, Reynolds CF, Caine ED. The relationship of medical comorbidity and depression in older, primary care patients. *Psychosomatics* [Internet]. 2006 [citado el 23 de abril de 2023];47(5):435–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16959933/>
33. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Bruce ML, et al. Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life: Consensus Statement Update. *JAMA* [Internet]. el 8 de octubre de 1997 [citado el 23 de abril de 2023];278(14):1186–90.

Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/418347>

34. Charney DS, Reynolds CF, Lewis L, Lebowitz BD, Sunderland T, Alexopoulos GS, et al. Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. el 1 de julio de 2003 [citado el 23 de abril de 2023];60(7):664–72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12860770/>
35. Katz IR. On the Inseparability of Mental and Physical Health in Aged Persons: Lessons From Depression and Medical Comorbidity. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 1996 [citado el 23 de abril de 2023];4(1):1–16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28531050/>
36. kjjcnconsv Weinberger AH, Gbedemah M, Martinez AM, Nash D, Galea S, Goodwin RD. Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015: widening disparities in vulnerable groups. *Psychol Med* [Internet]. el 1 de junio de 2018
37. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, LindumWaltoft B, Agerbo E, McGrath JJ, et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2014 [citado el 23 de abril de 2023];71(5):573–81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24806211/>
38. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. julio de 2009 [citado el 23 de abril de 2023];66(7):785–95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19581570/>
39. Kendler KS, Gardner CO. Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *Am J Psychiatry* [Internet]. el 1 de abril de 2014 [citado el 23 de abril de 2023];171(4):426–35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24525762/>
40. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Green JG, Russo LJ, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. enero de 2011 [citado el 23 de abril de 2023];68(1):90–100. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21199968/>
41. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA* [Internet]. el 10 de noviembre de 1999 [citado el 23 de abril de 2023];282(18):1737–44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10568646/>

42. Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* [Internet]. 2004 [citado el 23 de abril de 2023];78(1):49–55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14672796/>
43. Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, Williams JB, Hahn S, Brody D, et al. Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: Results from the PRIME-md 1000 study. *American Journal of Medicine* [Internet]. noviembre de 1996 [citado el 23 de abril de 2023];101(5):526–33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8948277/>
44. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia Campayo J, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord* [Internet]. enero de 2009 [citado el 23 de abril de 2023];119(1–3):52–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19361865>
45. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* [Internet]. 2005 [citado el 23 de abril de 2023];7(4):167–76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16163400/>
46. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* [Internet]. el 28 de octubre de 1999 [citado el 23 de abril de 2023];341(18):132935. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10536124/>
47. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* [Internet]. el 28 de agosto de 2009 [citado el 23 de abril de 2023];374(9690):609–19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19640579/>
48. Bell RA, Franks P, Duberstein PR, Epstein RM, Feldman MD, Garcia EF, et al. Suffering in silence: reasons for not disclosing depression in primary care. *Ann Fam Med* [Internet]. 2011 [citado el 23 de abril de 2023];9(5):439–46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21911763/>
49. Williams JW, Pignone M, Ramirez G, Perez Stellato C. Identifying depression in primary care: A literature synthesis of case-finding instruments. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2002 [citado el 23 de abril de 2023];24(4):225–37. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12100833/>
50. Levis B, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ*

[Internet]. 2019 [citado el 23 de abril de 2023];365. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30967483/>

51. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. julio de 2010 [citado el 23 de abril de 2023];32(4):345–Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20633738/>

52. Huang FY, Chung H, Kroenke K, Delucchi KL, Spitzer RL. Using the Patient Health Questionnaire-9 to measure depression among racially and ethnically diverse primary care patients. *J Gen Intern Med* [Internet]. junio de 2006 [citado el 23 de abril de 2023];21(6):547–52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16808734/>

53. Levis B, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 2019 [citado el 23 de abril de 2023];365. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30967483/>

54. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. julio de 2010 [citado el 23 de abril de 2023];32(4):345–Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20633738/>

55. Huang FY, Chung H, Kroenke K, Delucchi KL, Spitzer RL. Using the Patient Health Questionnaire-9 to measure depression among racially and ethnically diverse primary care patients. *J Gen Intern Med* [Internet]. junio de 2006 [citado el 23 de abril de 2023];21(6):547–52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16808734/>

56. Malpass A, Shaw A, Kessler D, Sharp D. Concordance between PHQ-9 scores and patients' experiences of depression: a mixed methods study. *Br J Gen Pract* [Internet]. junio de 2010 [citado el 23 de abril de 2023];60(575). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20529486/>

57. Manea L, Gilbody S, Hewitt C, North A, Plummer F, Richardson R, et al. Identifying depression with the PHQ-2: A diagnostic meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. el 1 de octubre de 2016 [citado el 23 de abril de 2023];203:382–95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27371907/>

58. Beck AT, Guth D, Steer RA, Ball R. Screening for major depression disorders in medical

inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. Behaviour research and therapy [Internet]. agosto de 1997 [citado el 23 de abril de 2023];35(8):785–91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9256522/>

59. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories - IA and -II in psychiatric outpatients. J Pers Assess [Internet]. diciembre de 1996 [citado el 23 de abril de 2023];67(3):588–97. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8991972/>

60. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1961 [citado el 23 de abril de 2023];4(6):561–71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13688369/>

61. Steer RA, Cavalieri TA, Leonard DM, Beck AT. Use of the Beck Depression Inventory for Primary Care to screen for major depression disorders. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. marzo de 1999 [citado el 23 de abril de 2023];21(2):106–11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10228890/>

62. Henkel V, Mergl R, Kohnen R, Maier W, Möller HJ, Hegerl U. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. BMJ [Internet]. el 25 de enero de 2023;326(7382):200–1. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12543837/>

63. Organización Mundial de la Salud. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines [Internet]. 2020 [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9241544228>

64. Organización Mundial de la Salud. CIE-11 [Internet]. 2022 [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://icd.who.int/es>

65. HAMILTON M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry [Internet]. el 1 de febrero de 1960 [citado el 23 de abril de 2023];23(1):56–62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14399272/>

66. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry [Internet]. 1979 [citado el 23 de abril de 2023];134(4):382–Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/444788/>

67. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. el 18 de marzo de 2022;

68. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta- analysis. *J Clin Psychiatry* [Internet]. septiembre de 2009 [citado el 23 de abril de 2023];70(9):1219–29. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19818243/>
69. Cuijpers P, Ven Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depress Anxiety* [Internet]. marzo de 2009 [citado el 23 de abril de 2023];26(3):279–88. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19031487/>
70. Greenberg J, Tesfazion AA, Robinson CS. Screening, diagnosis, and treatment of depression. *Mil Med* [Internet]. 2012 [citado el 23 de abril de 2023];177(8 Suppl):60–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22953442/>
71. Cuijpers P, Quero S, Dowrick C, Arroll B. Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. el 1 de diciembre de 2019 [citado el 23 de abril de 2023];21(12). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31760505/>
72. Kverno KS, Mangano E. Treatment-Resistant Depression: Approaches to Treatment. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* [Internet]. el 1 de septiembre de 2021 [citado el 23 de abril de 2023];59(9):7–11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34459676/>
73. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta- analysis. *J Clin Psychiatry* [Internet]. septiembre de 2009 [citado el 23 de abril de 2023];70(9):1219–29. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19818243/>
74. Cuijpers P, Ven Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depress Anxiety* [Internet]. marzo de 2009 [citado el 23 de abril de 2023];26(3):279–88. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19031487/>
75. Strothers HS. Depression in the Primary Care Setting. *N Engl J Med* [Internet]. 2019 [citado el 23 de abril de 2023];380(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30726688/>
76. Okuyama T, Akechi T, Mackenzie L, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta- analysis. *Cancer*

Treat Rev [Internet]. el 1 de mayo de 2017 [citado el 23 de abril de 2023];56:16–27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28453966/>

77. Cuijpers P, Karyotaki E, Eckshtain D, Ng MY, Corteselli KA, Noma H, et al. Psychotherapy for Depression Across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry [Internet]. el 1 de julio de 2020 [citado el 23 de abril de 2023];77(7):694–702. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32186668/>

78. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Symptoms of Depression Among Adults: United States, 2019 [Internet]. 2020 [citado el 19 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db379.htm>

79. MM H, AJ R, HA S, SR W, SM M, N C, et al. Age-related characteristics of depression: a preliminary STAR\*D report. Am J Geriatr Psychiatry [Internet]. el 1 de octubre de 2005 [citado el 19 de septiembre de 2023];13(10):852–60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16223963/>

80. Almeida OP. Prevention of depression in older age. Maturitas [Internet]. 2014 [citado el 19 de septiembre de 2023];79(2):136–41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24713453/>

81. Gladstone TRG, Beardslee WR, O'Connor EE. The Prevention of Adolescent Depression. Psychiatr Clin North Am [Internet]. marzo de 2011 [citado el 19 de septiembre de 2023];34(1):35. Disponible en: [/pmc/articles/PMC3072710/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/213072710/)

82. Bangasser DA, Cuarenta A. Sex differences in anxiety and depression: circuits and mechanisms. Nat Rev Neurosci [Internet]. el 1 de noviembre de 2021 [citado el 19 de septiembre de 2023];22(11):674–84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34545241/>

83. Kropp DR, Hodes GE. Sex differences in depression: An immunological perspective. Brain Res Bull [Internet]. el 1 de mayo de 2023 [citado el 19 de septiembre de 2023];196:34–45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36863664/>

84. McHenry J, Carrier N, Hull E, Kabbaj M. Sex Differences in Anxiety and Depression: Role of Testosterone. Front Neuroendocrinol [Internet]. enero de 2014 [citado el 19 de septiembre de 2023];35(1):42. Disponible en: [/pmc/articles/PMC3946856/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25946856/)

85. Solomon MB, Herman JP. Sex differences in psychopathology: of gonads, adrenals and mental illness. Physiol Behav [Internet]. el 25 de mayo de 2009 [citado el 19 de septiembre

de 2023];97(2):250–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19275906/>

86. Douma SL, Husband C, O'Donnell ME, Barwin BN, Woodend AK. Estrogen- related mood disorders: reproductive life cycle factors. *ANS Adv Nurs Sci* [Internet]. 2005 [citado el 19 de septiembre de 2023];28(4):364–75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16292022/>

87. Taple BJ, Chapman R, Schalet BD, Brower R, Griffith JW. The Impact of Education on Depression Assessment: Differential Item Functioning Analysis. *Assessment* [Internet]. el 1 de marzo de 2022 [citado el 19 de septiembre de 2023];29(2):272. Disponible en: </pmc/articles/PMC9060911/>

88. Patria B. The longitudinal effects of education on depression: Finding from the Indonesian national survey. *Front Public Health*. el 20 de octubre de 2022;10:1017995.

89. Joannès C, Redmond NM, Kelly-Irving M, Klinkenberg J, Guillemot C, Sordes F, et al. The level of education is associated with an anxiety-depressive state among men and women – findings from France during the first quarter of the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health* 2023 23:1 [Internet]. el 21 de julio de 2023 [citado el 19 de septiembre de 2023];23(1):1–12. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-16280-9>

90. Bulloch AGM, Williams JVA, Lavorato DH, Patten SB. The depression and marital status relationship is modified by both age and gender. *J Affect Disord* [Internet]. el 1 de diciembre de 2017 [citado el 19 de septiembre de 2023];223:65–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28732242/>

91. Grundström J, Konttinen H, Berg N, Kiviruusu O. Associations between relationship status and mental well-being in different life phases from young to middle adulthood. *SSM Popul Health*. el 1 de junio de 2021;14:100774.

92. Domènech-Abella J, Lara E, Rubio-Valera M, Olaya B, Moneta MV, Rico-Urbe LA, et al. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. el 1 de abril de 2017 [citado el 19 de septiembre de 2023];52(4):381–90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28154893/>

93. University of Pennsylvania. The language of loneliness and depression, revealed in social media | Penn Today [Internet]. 2023 [citado el 19 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://penntoday.upenn.edu/news/Penn-research-language-of- loneliness-depression->

on-social-media

94. Amiri S. Unemployment associated with major depression disorder and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Int J Occup Saf Ergon* [Internet]. 2022 [citado el 19 de septiembre de 2023];28(4):2080–92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34259616/>
95. Krysia N M. The Influence of Past Unemployment Duration on Symptoms of Depression Among Young Women and Men in the United States. *Am J Public Health* [Internet]. el 1 de octubre de 2009 [citado el 19 de septiembre de 2023];99(10):1826. Disponible en: </pmc/articles/PMC2741513/>
96. Miller L, Bansal R, Wickramaratne P, Hao X, Tenke CE, Weissman MM, et al. Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality: a study in adults at high and low familial risk for depression. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2014 [citado el 19 de septiembre de 2023];71(2):128–35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24369341/>
97. Van Sprang ED, Maclejewski DF, Milaneschi Y, Elzinga BM, Beekman ATF, Hartman CA, et al. Familial risk for depressive and anxiety disorders: associations with genetic, clinical, and psychosocial vulnerabilities. *Psychol Med* [Internet]. el 6 de marzo de 2022 [citado el 19 de septiembre de 2023];52(4):696. Disponible en: </pmc/articles/PMC8961330/>
98. Gautam S, Jain A, Gautam M, Vahia V, Grover S. Clinical Practice Guidelines for the management of Depression. *Indian J Psychiatry* [Internet]. el 1 de enero de 2017 [citado el 19 de septiembre de 2023];59(Suppl 1):S34. Disponible en: </pmc/articles/PMC5310101/>
99. Buelt A, McQuaid JR. Comparing Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder. *Am Fam Physician* [Internet]. febrero de 2023 [citado el 19 de septiembre de 2023];107(2):123–4. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2023/0200/editorial-major-depressive-disorder-guidelines.html>
100. American Psychological Association. Depression Treatments for Adults [Internet]. 2023 [citado el 19 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.apa.org/depression-guideline/adults>
101. Pandarakalam JP. Challenges of Treatment-resistant Depression. *Psychiatr Danub* [Internet]. 2018 [citado el 19 de septiembre de 2023];30(3):273–84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30267518/>

102. Goodwin GM, Aaronson ST, Alvarez O, Arden PC, Baker A, Bennett JC, et al. Single-Dose Psilocybin for a Treatment-Resistant Episode of Major Depression. *N Engl J Med* [Internet]. el 3 de noviembre de 2022 [citado el 19 de septiembre de 2023];387(18):1637–48. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36322843/>
103. Bahji A, Vazquez GH, Zarate CA. Comparative efficacy of racemic ketamine and esketamine for depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. el 1 de enero de 2021 [citado el 19 de septiembre de 2023];278:542–55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33022440/>
104. Manber R, Kraemer HC, Arnow BA, Trivedi MH, Rush AJ, Thase ME, et al. Faster Remission of Chronic Depression With Combined Psychotherapy and Medication Than With Each Therapy Alone. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. junio de 2008 [citado el 19 de septiembre de 2023];76(3):459. Disponible en: [/pmc/articles/PMC3694578/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17614441/)
105. Heft H, Soulodre C, Laing A, Kaulback K, Mitchell A, Thota A, et al. Psychotherapy for Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder: A Health Technology Assessment. *Ont Health Technol Assess Ser* [Internet]. el 1 de noviembre de 2017 [citado el 19 de septiembre de 2023];17(15):1. Disponible en: [/pmc/articles/PMC5709536/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28314441/)

## Anexos

### Anexo A. Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Escala
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser humano	Biológica	Base de datos	Continua Adulto joven (18-39) Adulto maduro (40-64) Adulto mayor (65 o más)
<b>Sexo</b>	Características fenotípicas que definen biológicamente a una persona desde su nacimiento	Biológica	Base de datos	Hombre Mujer
<b>Procedencia</b>	Ubicación geográfica de la persona	Demográfica	Base de datos	Azuay Cañar Otra provincia Otro país
<b>Escolaridad</b>	Máximo nivel de instrucción alcanzado	Social	Base de datos	Ninguna Primaria Secundaria Tecnología Tercer nivel Cuarto nivel Otra
<b>Estado civil</b>	Condición legal de una persona acorde al registro civil	Social	Base de datos	Soltero/a Casado/a Unión libre Divorciado/a Viudo/a
<b>Situación laboral</b>	Estado con respecto al empleo de la persona	Laboral	Base de datos	Empleado Desempleado QQDD Jubilado/a
<b>Gravedad del episodio depresivo</b>	Severidad del trastorno	Clínica	Base de datos	Leve Moderado Severo
<b>Factores de riesgo</b>	Situaciones clínicas, personales y sociales que predisponen a una persona sufrir depresión	Clínica	Base de datos	Edad (adultos jóvenes) Estado civil (divorciado/a, separado/a, viudo/a) Sexo (mujeres)
<b>Antecedentes familiares</b>	Historia de familiares con depresión	Clínica	Base de datos	Sí No
<b>Tratamiento farmacológico</b>	Fármacos utilizados para el tratamiento de depresión	Clínica	Base de datos	ISRS IRSN Atípicos Moduladores de la serotonina Tricíclicos IMAO
<b>Psicoterapia</b>	Terapia brindada por un profesional de salud mental	Clínica	Base de datos	Sí No

**Anexo B.** Formulario para la recolección de datos

**Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Medicina**



**FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

“CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER, AÑO 2022”

Formulario número: _____	Código: _____
--------------------------	---------------

<b>Edad</b>	Adulto joven	1	<b>Escolaridad</b>	Ninguna	1	
	Adulto	2		Primaria	2	
	Adulto mayor	3		Secundaria	3	
<b>Procedencia</b>	Azuay	1		Tecnología	4	
	Cañar	2		Tercer nivel	5	
	Otra provincia	3		Cuarto nivel	6	
	Otro país	4		Otra	7	
<b>Sexo</b>	Hombre	1		<b>Estado civil</b>	Soltero/a	1
	Mujer	2			Casado/a	2
<b>Antecedentes familiares</b>	Sí	1			Unión libre	3
	No	2	Divorciado/a		4	
<b>Situación laboral</b>	Empleado	1	Viudo/a		5	
	Desempleado	2	Edad	1		
	Independiente	3	Estado civil	2		
	QQDD	4	Sexo	3		
	Jubilado/a	5	ISRS	1		
<b>Psicoterapia</b>	Sí	1	<b>Tratamiento farmacológico</b>	IRSN	2	
	No	2		Atípicos	3	
				Moduladores de la serotonina	4	
				Tricíclicos	5	
				IMAO	6	