



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**CARACTERÍSTICAS DE DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN LGBTI DE LA CIUDAD  
DE CUENCA 2017**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
PREVIA A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTORAS:**

Valeria Fernanda Defas Sani C.I:0302701552

Daniela Betsabe Ormaza Larriva C.I: 0103673554

**DIRECTORA:**

Dra. Lorena Elizabeth Mosquera Vallejo C.I: 0101755379

**CUENCA - ECUADOR  
2018**



## RESUMEN

**Antecedentes:** La depresión es una enfermedad muy prevalente, se dice que un promedio de 300 millones de personas la padecen (1), representa una gran inversión para el sistema de salud.

**Objetivo General:** Determinar las características de depresión en la población LGBTI de la ciudad de Cuenca. 2017.

**Metodología y Materiales:** Estudio de tipo descriptivo, en 93 personas identificadas dentro de la población LGBTI de la ciudad de Cuenca. Se aplicó el Test de Hamilton, para valorar depresión. Además de una encuesta para clasificar socio demográficamente a la población. La información se ingresó a Microsoft Excel 2016 e IBM SPSS Statistics para su proceso y análisis. Las variables se presentan en tablas. El análisis estadístico se realizó mediante medidas de frecuencia absoluta y relativa (porcentajes).

**Resultados:** El 59.14% refiere que es hombre según su sexo biológico, el 39,79% son mujeres y el 1.07% es intersexual, el grupo etario más frecuente fue el de 18-27 años con un 79,56%, la orientación sexual más representativa fueron los homosexuales con 68.9%, en la variable de identidad sexual los cisgénero ocupan el 90.32%.

Llama la atención que el 64.6% presenta algún grado de depresión y el 19.4% presenta depresión moderada y severa, el 10.8% presenta depresión muy severa. El 71% ha sufrido homofobia y discriminación, el 30.1% han sido víctimas de violencia y el 73.1% han sufrido acoso por su orientación/identidad sexual. El 23.7% ha intentado quitarse la vida.

**Conclusión:** Más de la mitad de la población estudiada está deprimida.

**Palabras clave:** DEPRESION, LGBTI, TEST DE HAMILTON, GAY, LESBIANA, INTERSEXUAL, TRANSEXUAL, CISGENERO, BISEXUAL, VIOLENCIA, HOMOFOBIA, ACOSO, SIUCIDIO.



## ABSTRACT

**Background:** Depression is a very prevalent disease, it is said that an average of 300 million people suffer from it (1), it represents a great investment for the health system, it has seen an increase in the pathology in minority groups of the population, such as is the LGBTI population of the city of Cuenca.

**General Objective:** Determine the characteristics of depression in the LGBTI population of the city of Cuenca. 2017

**Methodology and Materials:** Descriptive study in 93 people identified within the LGBTI population of the city of Cuenca. The Hamilton Test was applied to assess depression. In addition to a survey to demographically classify the population. The information was entered into Microsoft Excel 2016 and IBM SPSS Statistics for its process and analysis. The variables are presented in tables. Statistical analysis was performed using absolute and relative frequency measurements (percentages) for qualitative variables and measures of central tendency (mean) for quantitative variables.

**Results:** 59.14% refer that is male according to their biological sex, 39.79% are women and 1.07% are intersexual, the most frequent age group was 18-27 years with 79.56%, the most representative sexual orientation were homosexuals with 68.9%, in the variable of sexual identity, cisgender occupied 90.32%..

It is striking that 64.6% present some degree of depression and 19.4% present moderate and severe depression, 10.8% present very severe depression. 71% have suffered homophobia and discrimination, 30.1% have been victims of violence and 73.1% have suffered harassment because of their orientation / sexual identity. 23.7% have tried to take their own lives.

**Conclusion:** More than half of the studied population is depressed, of them a third part at the moment presents severe or very severe depression, which implies problems of self-esteem that can lead to the suicidal attempt.

**Keywords:** DEPRESSION, LGBTI, HAMILTON TEST, GAY, LESBIAN, INTERSEXUAL, TRANSSEXUAL, CISGENER, BISEXUAL, VIOLENCE, HOMOPHOBIA, HARASSMENT, SIUCIDE



## ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT .....	3
CAPITULO I .....	12
1.1 INTRODUCCIÓN .....	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	17
CAPITULO II .....	18
2 MARCO TEÓRICO .....	18
2.1 Depresión.....	18
2.2 Síntomas de la depresión .....	19
2.3 Tipos de Depresión .....	19
2.4 Depresión en la población LGBTI .....	20
2.5 Test de Hamilton.....	22
2.6 Sexo biológico.....	22
2.7 Identidad sexual o de género .....	23
2.8 Orientación sexual.....	24
2.9 Concepto de LGBTI.....	25
CAPITULO III .....	27
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
3.1 Objetivo General.....	27
3.2 Objetivos Específicos .....	27
CAPÍTULO IV.....	28
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	28
4.1 Tipo de estudio .....	28
4.2 Área de estudio.....	28
4.3 Universo.....	28
4.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	28
4.5 Variables .....	29
4.6 Métodos, instrumentos y técnicas .....	29
4.1.7 Tabulación y análisis.....	29
4.1.8 Aspectos Éticos .....	29



CAPITULO V.....	31
5. Resultados .....	31
CAPITULO VI.....	37
6.1 Discusión.....	37
CAPITULO VII.....	41
7.1 Conclusiones.....	41
7.2 Recomendaciones.....	42
CAPITULO VIII .....	43
8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	43
CAPITULO IX.....	49
9. ANEXOS .....	49
9.1 Anexo I: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	49
9.2 Anexo II Formulario de recolección de datos.....	52
9.3 ANEXO III: Oficios para autorización .....	56
9.4 Anexo IV: Consentimiento informado.....	60



## LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Valeria Fernanda Defas Sani en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “CARACTERISTICAS DE DEPRESION EN LA POBLACIÓN LGBTI DE LA CIUDAD DE CUENCA 2017”, 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, 08 febrero de 2018

---

Valeria Fernanda Defas Sani

C.I: 0302701552



## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Valeria Fernanda Defas Sani, autora del proyecto de investigación “CARACTERISTICAS DE DEPRESION EN LA POBLACIÓN LGBTI DE LA CIUDAD DE CUENCA 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 08 de febrero de 2018

---

Valeria Fernanda Defas Sani

CI: 0302701552



## LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Daniela Betsabe Ormaza Larriva en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “CARACTERISTICAS DE DEPRESION EN LA POBLACIÓN LGBTI DE LA CIUDAD DE CUENCA 2017”, de conformidad con el Art. 144 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, 08 febrero de 2018

---

Daniela Betsabe Ormaza Larriva

C.I: 0103673554





## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Daniela Betsabe Ormaza Larriva, autora del proyecto de investigación “CARACTERISTICAS DE DEPRESION EN LA POBLACIÓN LGBTI DE LA CIUDAD DE CUENCA 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 08 de febrero de 2018

---

Daniela Betsabe Ormaza Larriva

CI: 0103673554



## **DEDICATORIA**

A Dios, a nuestros padres  
y a todos nuestros amigos  
Quienes estuvieron a nuestro  
Lado a lo largo del camino.

## **LAS AUTORAS**



## **AGRADECIMIENTO**

Un agradecimiento muy especial a la Dra. Lorena Mosquera, directora y asesora del Presente proyecto de investigación por su Apoyo en la realización y revisión del Trabajo final. Agradecemos también a Todo/as los dirigentes e integrantes de los Colectivos LGBTI de la ciudad de Cuenca, Por su desinteresada colaboración en la Realización de este proyecto. Gracias a la Economista Andrea Ormaza por su ayuda Desinteresada en la elaboración de esta Investigación.

**LAS AUTORAS**



## CAPITULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

Varios estudios indican que la depresión representa una gran problemática para la salud mundial. (2) Según cifras publicadas por la OMS la depresión se considera una enfermedad muy frecuente en todo el mundo, llega a afectar a más de 300 millones de personas, convirtiéndose en la principal causa mundial de discapacidad laboral. (1) La tarea de los profesionales de la salud será su detección temprana, para poder brindar a nuestros pacientes un tratamiento oportuno e integral. (3)

La depresión es considerada por algunos autores como una plaga, debido a que produce más pérdidas por discapacidad que cualquier otra patología; muchas veces se atribuye su gran impacto al estigma que la misma representa para la población,(4) también se atribuye su alta incidencia a la limitación de recursos que los países destinan a la salud mental, aproximadamente la mitad de la población mundial vive en un país en el que hay menos de dos psiquiatras por cada 100000 habitantes. (5) Se atribuye a la depresión como factor de riesgo para padecer otras comorbilidades como lo son las afecciones cardíacas, en estudios recientes la han relacionado con trastornos de tipo metabólico como la diabetes. (6)

Los grupos vulnerables como lo son lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, entre otros son discriminados lo que conlleva a inequidades en cuanto a salud se refiere.(7) Estas personas han sido agredidas en su salud física, mental, afectiva, social, libertad, igualdad, entre otras. (8)

Además existe una clara marca social atribuida a la no heterosexualidad y a la heteronormatividad o a la heterosexualidad obligada que muchos jóvenes LGBTI tienen que afrontar.(9) En la adolescencia inicia un viaje al desarrollo de los seres humanos y tiene una importancia trascendental el autoconocimiento, las conductas sexuales y las conductas de género que asumen las personas, es el inicio de los



sentimientos de afecto, amor, atracción sexual, y aquí empieza la pelea interna de los sujetos que conciben que no encajan en lo “normal” de la sociedad. (10)

Años atrás se consideraba a la homosexualidad como una enfermedad psiquiátrica, aunque se ha recalcado en varias ocasiones que no se trata de una enfermedad, sino de un estilo de vida. (11) La lucha por volver heterosexuales a personas homosexuales era una ciencia basada en el prejuicio sexual que se ha generado históricamente contra la población LGBTI, era una medicina que aún no entendía los fenómenos sociológicos como psicológicos de las minorías sexuales. (8)

En España en el año 2014 se realizó un estudio acerca de la salud mental en la población LGBTI, las conclusiones de la misma fueron que los sujetos con orientación afectivo-sexual diferente a lo considerado “normal” han sufrido mayor discriminación, violencia y rechazo lo que ha marcado de manera importante su bienestar psicológico. (12)

Un estudio similar publicado en Uruguay en el año 2015 sugiere que las minorías sexuales están expuestas a estresores sociales como lo son el prejuicio, expectativas de rechazo, discriminación, huida, estigmatización y ocultamiento, que contribuye de manera importante a que padezcan depresión. (13)

En una encuesta realizada en México con un total de 1824 hombres gay participantes, el 90% refiere haber sido discriminado por su condición al menos una vez a lo largo de su vida, los lugares donde sintieron de manera marcada la discriminación fueron la escuela, el entorno social y en el ámbito religioso. (10)

Otro estudio realizado en Antofagasta, Chile en el año 2012 indica que no existe diferencias en la salud mental de personas homosexuales y heterosexuales, sin



embargo, se encontró una relación directa entre el prejuicio sexual con el aumento de indicadores de distrés psicológico. (14)

En el Ecuador se han realizado pocas investigaciones sobre el tema, sin embargo datos obtenidos en una tesis publicada en la ciudad de Quito en Enero de 2017 nos indica que el rechazo hacia la población LGBTI en nuestro país se manifiesta de manera física o psicológica, ya sea en forma de leyes y políticas que privan de derechos a este grupo o como estigma y exclusión en el ámbito social, lo que los vuelve mentalmente vulnerables. (15)



## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Históricamente el Ecuador en su antigua constitución trataba a la homosexualidad como un delito, el artículo 516 del Código Penal del Ecuador decía: "En los casos de homosexualismo, que no constituyan violación, los dos sujetos serán reprimidos con reclusión mayor de cuatro a ocho años". (16) Un 16 de Junio de 1997 la sociedad LGBTI del Ecuador decidió apelar esta ley y luchar por sus Derechos, iniciando así la travesía de este grupo al intentar alcanzar la equidad, además acudieron a diversas organizaciones que velaban por los derechos humanos y tuvieron un primer intento fallido por cambiar la constitución del país. (17) Sin embargo el martes 26 de Noviembre de 1997 en la ciudad de Quito los nueve vocales del Tribunal Constitucional deciden por unanimidad derogar el primer inciso del artículo 516 del Código Penal. Desde este histórico día el homosexualismo consentido entre adultos es legal en el Ecuador. (18)

Ha sido un gran avance para nuestro país, sin embargo aún hay cosas que hacer, un ejemplo de esto sería acercar a esta población a los servicios de salud. El hecho de ser parte de una minoría hace que las personas se sientan excluidas de la sociedad y no puedan hacer el pleno uso de los derechos que les corresponden. (19)

Todas estas situaciones de maltrato y discriminación afectan de manera directa a su salud mental. (20) Es por esto que nos hemos planteado como objetivo abrir la brecha de inclusión de las minorías en la comunidad, acercarnos a ellos y hacerlos sentir que son importantes para el Estado, enseñarles que tienen derechos, sin embargo que también tienen obligaciones con la sociedad.(14) Y como una meta lograr un sistema de salud equitativo e inclusivo.

Una realidad de la ciudad de Cuenca es que no existen estudios sobre la depresión en la población LGBTI, como lo hay en otras ciudades de nuestro país como son: Quito, Guayaquil y Riobamba. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el año



2016 presentó un manual de atención en salud dirigido a la comunidad LGBTI, sin embargo acercamientos a esta comunidad indican que aún hay mucho que socializar. (21)

Además

### **1.2.1 Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las características de depresión en la población LGBTI de Cuenca 2017?





### 1.3 JUSTIFICACIÓN

La siguiente investigación tiene como objetivo determinar la existencia de depresión en la población LGBTI, para conocer las características de la misma, debido a que la depresión genera gran sufrimiento y deterioro laboral así como una posible asociación al consumo de sustancias de riesgo o de prácticas sexuales de riesgo. (22)

Se propuso realizar este tema ya que en la ciudad de Cuenca no se han realizado estudios sobre depresión en la población LGBTI, hemos encontrado investigaciones similares a la que nosotros realizamos en ciudades como Quito, Guayaquil y Riobamba. (23) (15) (24) Lo que quiere decir que se está estudiando más a la población LGBTI del Ecuador, pero aún falta que nuevas ciudades del país hagan lo mismo.

Los resultados de este estudio permitirán a las autoridades competentes en salud, crear un enfoque integral para el manejo de grupos vulnerables, así como proveer de herramientas para la atención primaria en salud con enfoque en salud mental. (21) Además al ser la primera investigación sobre salud mental en esta población que reside en nuestra ciudad permitirá que se planteen más investigaciones similares a la nuestra.

Se tomó en cuenta también las Prioridades de Investigación en Salud propuestas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para los años 2013-2107 catalogando nuestro tema dentro del área del Salud Mental, línea Depresión y Distimia, y la sub línea Grupos Vulnerables. (25)

Esperamos que permita el desarrollo de nuevas estrategias encaminadas a mejorar las capacidades de afrontar el estrés sanamente, mejorar su autoestima, aumentar los factores protectores para la depresión y evitar las complicaciones que traen consigo esta patología. (26)



## CAPITULO II

### 2 MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Depresión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión se considera como un trastorno mental que se caracteriza por factores psicológicos, físicos y/o síntomas, tales como desesperanza, cambios de peso y apetito, además de la evitación de las actividades sociales. (27)

Durante mucho tiempo se ha tratado de definir a la depresión, ya que es un término que puede llegar a ser confuso y a veces mal interpretado, no obstante tenemos que distinguir adecuadamente los síntomas clínicos de la depresión de aquellos otros estados emocionales negativos o fluctuaciones emocionales, ya que las mismas no constituyen una enfermedad. (28)(5) Teniendo en cuenta estas particularidades tomaremos como referente la siguiente definición: “Es una alteración primaria del estado de ánimo, caracterizada por abatimiento emocional y que afecta todos los aspecto de vida del individuo. Es un trastorno médico mayor con alta morbilidad, mortalidad e impacto económico”. (29)

Se ha asociado el aumento de esta patología al avance tecnológico que ha ocurrido a través de los años. Ya que implica una nueva manera de ser, pensar, sentirse y relacionarse con el medio en la actualidad. (30) Entre los efectos adversos que produce esta condición se encuentran una gran afeción de la calidad de vida, el avance académico, el cumplimiento del rol dentro de la sociedad, la familia y su rendimiento laboral. (31)

Estudios genéticos sugieren que existe una serie de genes entre los que se incluyen transportadores, neurotransmisores, neurotrofinas y sus redes de señalización, que podrían predisponer a que una persona desarrolle depresión. (32)(33) Una teoría muy popular consiste en la relación entre serotonina, noradrenalina y dopamina que insinúa que las personas con depresión solamente experimentan un desequilibrio químico. (34) Existe evidencia de que personas con una depresión superada que



presentan déficits de serotonina en su cerebro son más propensos a presentar una recaída. (35)

## 2.2 Síntomas de la depresión

Dentro de este ítem encontramos diversos síntomas que nos llevan a pensar que una persona se encuentra deprimida entre los más importantes destacamos: pérdida del interés o incapacidad de disfrutar de las actividades que antes encontraban placenteras, pérdida de la reactividad emocional ante acontecimientos o circunstancias ambientales placenteras, despertar cada mañana dos o más horas más temprano de lo habitual, empeoramiento matutino de los síntomas depresivos, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotriz clara (observada o referida por terceros), anorexia involuntaria, pérdida de peso del 5% o más del peso corporal en el último mes, pérdida de la libido. Se toma en cuenta como síntomas de depresión siempre y cuando 4 o más de los mismos estén presentes de manera objetiva por un período de tiempo de al menos dos semanas. (36)(37)(38)

## 2.3 Tipos de Depresión

**Episodio depresivo leve:** es aquel que presenta síntomas depresivos mínimos como son: triste anímicamente, que pierde el interés y la capacidad de disfrutar o exceso de fatigabilidad. (1)

Un enfermo que presente un trastorno depresivo leve suele estar afectado por estos síntomas, y presenta cierta dificultad para llevar a cabo sus actividades tanto sociales como laborales, sin embargo es probable que no las deje por completo. (39)

Su estado debe ser igual por al menos dos semanas, así mismo la sintomatología suele ser leve, a este tipo de depresión se pueden sumar síndromes somáticos.(36)

**Trastorno depresivo moderado:** Para hablar de este trastorno debemos encontrar dos de los tres síntomas descritos en el episodio depresivo leve (ánimo



depresivo, pérdida del interés y la capacidad de disfrutar y aumento de la fatigabilidad), así, como al menos tres de los síntomas descritos previamente para depresión en general. (40)

Cuando una persona atraviesa por un período de depresión moderada tiene grandes dificultades para desarrollar sus actividades sociales, domésticas o laborales. Así como se puede acompañar o no de síntomas somáticos.(36)

**Episodio depresivo grave, sin síntomas psicóticos:** Cuando hablamos de este episodio el enfermo por lo general presenta cuadros de angustia grave, o de agitación, sin embargo puede que la inhibición sea la característica marcada. Algunas ocasiones encontramos pérdida de la autoestima además de sentimientos de inutilidad o culpa significativos. Siendo el riesgo suicida muy alto para este grupo. (41)

**Trastorno depresivo recurrente:** se caracteriza por episodios continuos de depresión. Durante estos episodios, podemos encontrar estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. (36)

## 2.4 Depresión en la población LGBTI

El estrés de las minorías sexuales está altamente vinculado con las tensiones generadas por la desigualdad, el acoso, el estigma social y la violencia, aumentando el riesgo de aparición de trastornos psicológicos. (42)

Si bien no todas las personas LGBTI presentan un riesgo elevado de quebranto de su salud mental como consecuencia de este tipo de estrés, la evidencia científica nos indica la presencia elevada de factores de riesgo para la salud mental como lo son la depresión, la ansiedad, el mal uso de sustancias de abuso, el aislamiento, etc. (43)



En nuestro país otro riesgo para la salud mental de esta minoría la constituye los centros de deshomosexualización, donde muchas personas son internadas todos los días en contra de su voluntad, aquí se ofrece a los familiares terapias “para curar la homosexualidad” considerándola una enfermedad se realizan prácticas de discriminación y violencia, atentando de manera directa contra sus derechos humanos. (21)

Alrededor del mundo se han realizado estudios sobre la salud mental de las personas LGBTI, de los cuales podemos destacar un estudio realizado en España en el año 2014 que de un total de 119 participantes, 34 de ellos presentan depresión lo que corresponde al 28.57% de su población que padece esta morbilidad. (12)

Otro estudio realizado en México indica que de 1824 hombres gay participantes el 28% aproximadamente presentan depresión. (10)

Datos obtenidos en una tesis realizada en la Ciudad de Quito en este año nos indican que la prevalencia de depresión en la población LGBTI de su ciudad alcanza un porcentaje del 20.9%, igualmente miembros de esta población que reconocen su orientación sexual o asumen su identidad de género sufren situaciones de acoso de quienes constituyen sus grupos primarios de apoyo, el 60% de la población estudiada respondieron haber sido víctimas de acoso, el 49,3% de encuestados respondieron de manera positiva cuando se indagó su percepción de prejuicio por formar parte de esta comunidad. (15)

De las personas que presentaron síntomas de depresión el 11.9% presenta depresión leve, lo que quiere decir que su sintomatología no presenta repercusión funcional, el 8.5% presentó depresión moderada, lo que se traduce en que la misma afecta sus actividades cotidianas, y finalmente un porcentaje del 0.5% de los/las encuestados presentó síntomas de depresión grave, lo cual influye de gran manera en sus actividades cotidianas, además de aumentar el riesgo suicida para esta población. (15)



## 2.5 Test de Hamilton

El Test de Hamilton fue creado en la década de los 50's como una escala estandarizada para la medición de los síntomas de la depresión. (44) Los síntomas se encuentran definidos en una escala que va de menor a mayor, en la que se considera tanto la frecuencia como la intensidad de cada síntoma al momento de darle un valor, es decir al momento de diagnosticar o no de depresión a un paciente. (45) Al inicio se realizó una escala de 21 ítems a evaluar, la misma que con el paso del tiempo se simplificó a 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. (46)

El éxito de esta escala se lo atribuye a su cobertura de síntomas depresivos y psicopatología asociada, también sus fuertes propiedades psicométricas, demostrando ser confiable y tener un alto grado de concurrencia y validez diferencial. (47)

El tiempo de administración aproximado es de 15 a 20 minutos por persona, algunas preguntas se valoran con una escala de 0 a 2 puntos, otras se valoran con una escala de 0 a 4 puntos. El rango de puntuación va de 0 a 52 puntos, de los cuales se categoriza la enfermedad de la siguiente manera: 0-7 sin depresión, 8-13 depresión leve, 14-18 depresión moderada, 19-22 depresión severa y mayor de 23 depresión muy severa. (48)

## 2.6 Sexo biológico

Es una característica biológica que clasifica a los individuos en dos grupos (machos y hembras) portadores de espermatozoides u óvulos. (49) Según Butler el sexo va más allá de designar únicamente las características biológicas y anatómicas de una persona al momento de nacer, constituye un elemento discursivo que imprime significado a los cuerpos de mujeres y hombres. (21)

**Intersexualidad:** Define a un tipo de personas que nacieron con características biológicas tanto masculinas como femeninas, es decir que los rasgos de uno u otro



sexo se encuentran combinados, impidiendo definir el género al que pertenecen, también conocida como hermafroditismo. Así una persona intersexual puede ser cromosómicamente hombre pero tener apariencia femenina. (50)

## 2.7 Identidad sexual o de género

**Género:** En castellano es un concepto taxonómico útil para clasificar a qué especie, tipo o clase pertenece alguien o algo; como conjunto de personas con un sexo común se habla de las mujeres y los hombres como género femenino y género masculino. (51)

En cuanto a la identidad de género decimos que es el sentimiento psicológico de ser hombre, mujer (ambos o ninguno) y adhesión a ciertas normas culturales relacionadas con el comportamiento femenino o masculino, lo que se conoce como la expresión de género. (52)

En el caso de las personas transexuales, la identidad de género no concuerda normativamente con el sexo biológico, lo que se conoce también con el nombre de disforia de género, que se ha visto envuelto como un factor muy importante cuando se habla de la salud mental de este grupo de individuos. (53)

Una tendencia que está tomando mayor terreno en el campo del género es el llamado cisgénero el mismo que hace referencia a individuos cuya identidad de género y expresión del mismo concuerda su sexo biológico asignado al nacimiento. (53)

Además del binomio masculino- femenino, existen diversas variantes de género por las que las personas, ya sea por su “naturaleza o por elección”, no se ajustan al género basado en las expectativas de la sociedad, por ejemplo: personas transgéneros, bigénero, demigénero, agénero, de género fluido y el tercer sexo. (54)

La nueva acepción de género se refiere al conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un



grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres. (52)

En base a lo mencionado anteriormente es necesario aclarar algunos términos como lo es:

- Travesti: se origina del latín trans que significa cruzar o sobrepasar, y vestite que significa vestir.(55) Los travesti son personas que adoptan características, aspectos físicos y psicológicos propios del sexo opuesto, acogiendo vestimenta y actitudes socialmente utilizadas por mismo. Se recalca además que existe aceptación con su sexo, lo aceptan y no tienen ningún apremio con su cuerpo ni con sus genitales. (56)
- Transgénero: Término utilizado para referirnos a un individuo cuyo sexo asignado al nacer no concuerda con su identidad de género, sin embargo establecen la misma independientemente de procedimientos quirúrgicos o tratamientos médicos. (57)
- Transexual: Término utilizado desde 1940 para referirse a los individuos que anhelan vivir de forma permanente como miembros del sexo opuesto y que quieren someterse a la cirugía de reasignación de sexo; por lo tanto existe una incongruencia entre el sexo con el que se nace y el sexo al que se siente pertenecer. (58)

## 2.8 Orientación sexual

Es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros. Se distingue fácilmente de otros componentes de la sexualidad que incluyen sexo biológico, identidad sexual (el sentido psicológico de ser hombre o mujer) y el rol social del sexo (respeto de las normas culturales de conducta femenina y masculina). (59)

**Heterosexual:** Es la atracción sexual, emocional y afectiva hacia individuos del sexo opuesto (60)

**Homosexual:** Se entiende al término homosexual como una orientación sexual que se caracteriza por la atracción sexual, emocional, sentimental y afectiva hacia





individuos/as del mismo sexo. (16) En el caso de las mujeres, “lesbianas” es el término que identifica a las mujeres homosexuales, y en el caso, de los hombres “gay”, aunque éste último en ocasiones se aplica a las personas homosexuales independientemente de su género.(54)

- Lesbiana: Término utilizado para referirse a mujeres que aceptan de manera abierta su atracción física, sexual y emocional por otras mujeres. (13)  
Se atribuye su denominación a que provienen de las Amazonas guerreras que según la mitología griega vivían en la isla de Lesbos (61)

La identidad lésbica no sólo implica una atracción sexual de mujeres hacia su propio sexo, sino que en la misma están inmiscuidos varios temas como lo son el feminismo, el empoderamiento de las mujeres, la política y su rol en la sociedad que ha producido impacto, rechazo y aumento de la violencia hacia este grupo. (62)

- Gay: Denominamos así a hombres que asumen de manera abierta su atracción física, emocional y sexual por otros hombres. (21)

El término se comienza a usar en la Inglaterra del siglo XVI como sinónimo de alegre o feliz. Hoy se usa este anglicanismo para referirse a personas homosexuales especialmente hombres.(61)

**Bisexual:** Al hablar de bisexualidad nos referimos a la cualidad de poseer atracción hacia más de un género. Siendo un vocablo que incluye algunos grupos como lo son personas sintiéndose atraídas tanto por hombres como por mujeres, personas generalmente atraídas por un género sin embargo reconocen que este no es excepcional y personas que perciben sus identidades sexuales fluidas y variables en el tiempo. (63)

## 2.9 Concepto de LGBTI

Gays, Lesbianas, Bisexuales, Transgénero, Transexuales, Travestis e Intersex (64)

Se conoce a este término como una agrupación en donde sus integrantes son diversos y variados en términos de origen cultural, étnico, edad, educación, ingresos y lugar de residencia. Además comparten el estigma y el prejuicio asignado por la sociedad, siendo éstas características compartidas con diversos grupos minoritarios. (65)



## **Queer**

La nueva tendencia dentro de la población LGBTI es el término Queer, que en inglés significa raro y fue utilizada durante años para conceptualizar de manera ofensiva a la comunidad LGBT así como a quienes cuya sexualidad no englobara dentro de la definición de heterosexual. (66) Actualmente ser queer habla acerca de construir sus propias normas, preguntarse constantemente acerca de lo que es considerado como normal y por qué esa norma tiene que estar por encima de otras además de cuestionar a quién impone estas normas. (67)



## CAPITULO III

### 3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1 Objetivo General

3.2.1.1 Determinar las características de depresión en la población LGBTI de la ciudad de Cuenca. 2017.

#### 3.2 Objetivos Específicos

3.2.2.1 Caracterizar socio demográficamente (sexo biológico, edad, etnia, residencia, instrucción, actividad laboral) y según orientación e identidad sexual a la población LGBTI de estudio.

3.2.2.2 Establecer la depresión en la población de estudio.

3.2.2.3 Determinar las características de la depresión según su tipo, antecedentes y consecuencias.



## CAPÍTULO IV

### 4. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1 Tipo de estudio

La investigación fue de tipo cuantitativo-descriptivo.

#### 4.2 Área de estudio

El área de estudio de nuestra investigación fue la ciudad de Cuenca durante el año 2017.

#### 4.3 Universo

El universo no se conoció en su totalidad, por lo que el estudio se realizó con una muestra conformada por 93 personas LGBTI pertenecientes a los colectivos: Verde Equilibrante, Silueta Cuenca, Red LGBTI Azuay y Cuenca Inclusiva así como personas LGBTI independientes que voluntariamente colaboraron en este proyecto.

#### 4.4 Criterios de inclusión y exclusión

Participaron de la investigación:

- Personas miembros de la comunidad LGBTI, residentes en la ciudad de Cuenca, igual o mayores de 18 años.
- Integrantes de la población LGBTI que voluntariamente deseen participar, así como personas independientes de los colectivos que tengan la voluntad de completar la encuesta

No participaron de la investigación:

- Personas de la comunidad LGBTI que posean algún tipo de discapacidad que les impida realizar la encuesta.
- Personas de la comunidad LGBTI que durante la aplicación de la encuesta, no comprendan la misma y decidan abandonar voluntariamente la investigación.



## 4.5 Variables

Las variables estudiadas fueron: sexo biológico, edad, etnia, residencia, instrucción, actividad laboral, orientación sexual, depresión, homofobia, acoso, discriminación, violencia, intento suicida y auto aceptación. Operacionalización de las variables (ver Anexo I).

## 4.6 Métodos, instrumentos y técnicas

El método utilizado fue la observación.

Como técnica se utilizó la entrevista.

El instrumento por medio del cual recolectamos esta información fue un formulario de recolección de datos (Ver Anexo II) donde se incluyen datos sociodemográficos además del Test de Hamilton para diagnosticar la depresión. (68)

### 4.1.7 Tabulación y análisis

Con la información obtenida se procedió a tabularla y computarla en una base de datos en Microsoft Excel 2016. Posteriormente la información fue analizada en el software estadístico IBM SPSS Statistics. El análisis estadístico se realizó mediante medidas de frecuencia absoluta y relativa (porcentajes) para las variables cualitativas y mediante medidas de tendencia central (media) para las variables cuantitativas. La presentación de los datos se realizó en tablas (simples y compuestas) en correspondencia con el tipo de variables.

### 4.1.8 Aspectos Éticos

Al momento de aplicar la entrevista se firmó un consentimiento informado (ver Anexo IV), el mismo que asegura que la información entregada por el participante es sólo para uso académico.



La confidencialidad de los datos quedó reservada únicamente a los responsables de la investigación y la publicación de los resultados no implica que se divulgue la identidad de los participantes.

Los participantes de la investigación estuvieron en todo su derecho de negar su participación o retirarse del estudio cuando ellos creyeron preciso, sin que esto haya implicado alguna repercusión.



## CAPITULO V

## 5. Resultados

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE 93 PERSONAS PERTENECIENTES A LA POBLACIÓN LGBTI SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CUENCA 2017

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo Biológico</b>		
Hombre	55	59.14
Intersexual	1	1.07
Mujer	37	39.79
<b>Edad (años) *</b>		
18-27	74	79.56
28-37	13	13.97
38-47	4	4.30
48-57	2	2.17
<b>Etnia</b>		
Blanco/a	5	5,4
Indígena	1	1,1
Mestizo/a	83	89,2
Mulato/a	2	2,2
Ninguna	1	1,1
Shuar	1	1,1
<b>Residencia</b>		
Urbana	79	84,95
Rural	14	15,05
<b>Instrucción</b>		
Primaria	1	1,1
Secundaria	27	29
Superior	59	63,4
Cuarto nivel	6	6,5
<b>Trabaja</b>		
No	47	50,5
Sí	46	49,5

\*Media 25 años, DS 5.60 años

Fuente: Formulario de recolección de datos/**Elaborado por:** Las Autoras



En la tabla 1 podemos observar que el sexo biológico correspondiente a hombre fue el de mayor frecuencia con el 59.14%, mientras que tan solo el 1.07% de la población es intersexual. La edad de mayor frecuencia estuvo comprendida entre los 18-27 años con el 79.56%, siendo la media de 25 años (DS=6.69); con el 89.2% la etnia mestiza fue la predominante; el 84,95% de los entrevistados reside en una zona urbana; la instrucción con mayor frecuencia fue la superior con el 63,4% y el 49,5% de la población trabaja, encontrándose datos similares para aquellos que no trabajan.





**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE 93 PERSONAS PERTENECIENTES A LA POBLACIÓN LGBTI SEGÚN ORIENTACIÓN E IDENTIDAD SEXUAL CUENCA 2017.**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Orientación Sexual</b>		
Bisexual	27	29.03
Heterosexual	2	2.07
Homosexual	64	68.9
<b>Identidad Sexual</b>		
Cisgénero	84	90.32
Transgénero	5	5.38
Transexual	1	1.08
Otros	3	3.22

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Las Autoras

En la tabla 2 se aprecia que el 68.9% de la población LGBTI la conforman las personas homosexuales, un 29,03% son bisexuales, siendo estas dos orientaciones las representativas de la comunidad. En cuanto a la identidad sexual el 90.32% se identifican como cisgénero, seguido por la población transgénero en un 5.39%, además un 3.22% mencionaron otro tipo de identidad sexual.

**TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE 93 PERSONAS PERTENECIENTES A LA POBLACIÓN LGBTI SEGÚN TIPOS DE DEPRESIÓN CUENCA 2017**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Tipos de Depresión</b>		
No deprimido	33	35,5
Depresión Leve	32	34,4
Depresión Moderada	9	9,7
Depresión Severa	9	9,7
Depresión muy severa	10	10,8
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario de Recolección de datos

**Elaborado por:** Las Autoras

La tabla 3 nos muestra que el 64.6% de los participantes están deprimidos, correspondiéndose al 34,4% para depresión leve, el 9.7% para depresión moderada y el 20.5% lo ocupan los individuos que tienen depresión severa y muy severa, además del 35,5% que no presentan depresión.



Además de las variables presentadas anteriormente pudimos abordar algunos aspectos que a nuestro criterio pueden influir en la aparición de depresión en esta población, sentando una base a partir de la cual se puedan realizar estudios complementarios que permitan establecer los determinantes reales de depresión en la población LGBTI.

**TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE 93 PERSONAS PERTENECIENTES A LA POBLACIÓN LGBTI SEGÚN LOS TIPOS DE DEPRESIÓN, ANTECEDENTES Y CONSECUENCIAS DE LA MISMA CUENCA 2017**

Determinantes de la depresión		Tipos de Depresión									
		No deprimido		Depresión Leve		Depresión Moderada		Depresión Severa		Depresión muy Severa	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
¿Alguna vez ha sido víctima de homofobia?	Si	23	34,8	21	31,8	8	12,1	7	10,6	7	10,6
¿Alguna vez se ha sentido acosado/a por su orientación sexual?	Si	20	30,3	24	36,4	9	13,6	6	9,1	7	10,6
¿Alguna vez se ha sentido discriminado/a por su orientación sexual?	Si	21	30,9	25	36,8	9	13,2	6	8,8	7	10,3
¿Alguna vez ha sido víctima de violencia por su orientación sexual?	Si	8	28,6	10	35,7	4	14,3	2	7,1	4	14,3
¿Alguna vez ha intentado quitarse la vida?	Si	4	18,2	5	22,7	3	13,6	4	18,2	6	27,3
¿Cree usted que es valioso/a y digno/a de ser querido y respetado?	Si	33	38,4	31	36,0	9	10,5	7	8,1	6	7,0

**Fuente:** Cuestionario de Recolección de datos

**Elaborado por:** Las Autoras



En la tabla 4 observamos los resultados de dos variables de la investigación como son los tipos de depresión así como antecedentes y consecuencias de la misma.

De aquellas 66 personas que sí fueron víctimas de homofobia el 34.8% no presentan depresión sin embargo el 31.8% presenta depresión leve.

De quienes fueron discriminados, el 30.3% no tienen depresión y el 36.4% tienen depresión leve.

En cuanto al sentimiento de acoso por su orientación sexual, 68 entrevistados sintieron haber sido acosados, de éstos, el 36.8% registran depresión leve seguida por quienes no registran depresión con un 30.9%.

En lo que se refiere a haber sido víctimas de violencia por su orientación sexual el 35.7% posee depresión leve, seguidas por el 28.6% sin depresión.

De aquellas 22 personas que han intentado quitarse la vida, el 27.3% presenta depresión muy severa seguidas por el 22.7% con depresión leve.

Al hablar de auto aceptación el 38.4% no se encuentran deprimidos, sin embargo el 36% registran depresión leve.



## CAPITULO VI

### 6.1 Discusión

En el presente estudio se encontró el 79,56% de personas con edades comprendidas entre los 18-27 años, en un estudio realizado en la Ciudad de Cuenca en el año 2015 se encontró que la edad predominante fue de 22-27 años con un 32,29%. (69) Datos obtenidos por el INEC en el año 2013 en la población LGBTI del Ecuador (en este estudio no se tomó en cuenta a la población LGBTI de la ciudad de Cuenca) el grupo etario de mayor predominio fue 20-34 años con 67.7%. (23) Lo que demuestra que en los tres estudios existe similitud en cuanto al grupo etario más frecuente, incluso en nuestro estudio considerando que no se realizó en la totalidad de la población. Otro estudio realizado en Puerto Rico sobre depresión en la población LGBTI en el año 2013 demuestra que la edad media de sus 44 participantes fue de 21 años. (22)

En cuanto al sexo biológico encontramos un 59.14% de hombres, un 39.79% de mujeres y el 1.07% se identificó como intersexual. En el estudio realizado en nuestra ciudad en el año 2015 se encontró un 66.67% de hombres, un 29.17% de mujeres y un 4.17% de personas intersexuales. (69) En otro estudio realizado en Antofagasta-Chile en 2012 sobre los efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas con una muestra de 110 personas se observó que el 65.5% eran hombres, el 34.5% eran mujeres, demostrando así gran similitud con nuestro estudio. (14) En Puerto Rico se realizó en el año 2013 un estudio en torno al rechazo, la salud mental y la resiliencia en un grupo de jóvenes universitarios gays, lesbianas y bisexuales reflejando que de sus 44 participantes el 62% fueron mujeres y el 39% hombres, lo que no se asemeja a nuestro estudio, pudiendo esto responder a de que su universo fue incluso menor al nuestro. (22)

Al referirnos a la instrucción encontramos un 63.4% con nivel de educación superior, el 29% completaron la secundaria, el 6.5% alcanzó el cuarto nivel de educación y sólo el 1.08% terminó únicamente la primaria. Según el INEC el 41% de personas LGBTI alcanzaron el nivel superior de estudio, el 30.21% completó la secundaria, datos parecidos a los que se obtuvieron en nuestra entrevista, guardando relación estos



hallazgos con el grupo etario predominante en ambos casos. (23) Así mismo el INEC da a conocer que en el año 2015 el 1.04% no completó la primaria, el 6.25% de sus encuestados completaron sólo la primaria, el 19.79% no completaron la secundaria, el 30.32% pudo completar la secundaria. En cuanto a estudios superiores universitarios el 26.04% no los completa aún, sin embargo el 16.67% de los entrevistados lograron completar sus estudios superiores. (69) Un estudio realizado en Puerto Rico a 44 jóvenes demuestra que un 100% se encuentran cursando sus estudios superiores al momento de realizar las encuestas. (22) Esta situación se puede explicar debido a que la población LGBTI a la que ha sido más accesible llegar es la que se encuentra cursando sus estudios superiores. A pesar de nuestro esfuerzo por llegar a toda la población LGBTI nos fue muy difícil encontrar personas dispuestas a participar de nuestras entrevistas, puesto que la mayoría prefiere permanecer en el anonimato por temor a los prejuicios sociales, sin embargo en el ambiente universitario nos dimos cuenta que éstos cada vez tienen menor impacto.

Al referirnos a orientación sexual nuestro estudio reportó un 68.9% de personas homosexuales, 29.03% de bisexuales y un 2.07% de personas identificadas como heterosexuales los mismos que pertenecen a la población trans. El estudio realizado en la ciudad de Cuenca reporta un 66.67% de personas homosexuales, ya sea gays o lesbianas y un 16.67% de personas bisexuales. (69) Datos obtenidos del INEC indican un 52.8% de personas homosexuales y un 15.9% de personas bisexuales. (23) Estos datos son similares a los obtenidos en esta investigación, a pesar de las grandes diferencias en cuanto al número de participantes en cada uno de los mismos. Un estudio sobre salud mental realizado en Antofagasta, Chile en el año 2012 indica que el 50% de sus participantes se identificaron como homosexuales, y el 50% se identificó como heterosexuales. (14) Datos que no se asemejan a los nuestros, ya que su objetivo era comparar la salud mental tanto de personas LGBTI como de personas heterosexuales que no pertenecen a esta población. En Puerto Rico se obtuvo que el 52.3% se identificó como bisexual, sólo un 45.5% se consideran como homosexuales. (22)

En nuestra entrevista se pidió a los participantes que se auto identificaran dentro de la población LGBTI y se obtuvo que el 47.31% se considera gay, el 21.51% se



considera cisgénero, el 21.51% de las personas se identificaron como lesbianas, el 5.38% son transgénero, el 2.15% se encuentran indefinidos y el 1.08% se considera transexual al igual que el 1.08% que se consideró queer. (70) Un estudio realizado en la ciudad de Quito el año 2016 indica que de sus 201 participantes el 19.9% se auto identifica como bisexuales, el 62.7% son gay, el 14.9% son lesbianas, el 2.0% son transexuales y un 0.5% se identifica como travesti. (15) Así estos datos no concuerdan con los nuestros puesto que en el estudio en la ciudad de Quito se considera con identidad sexual a las personas bisexuales cuando nosotras consideramos dicho término dentro de la orientación sexual.

Mediante la aplicación del Test de Hamilton se encontró que el 35.5% de los participantes no están deprimidos, pero llama nuestra atención que el 64.6% de los participantes presentan depresión, fraccionándose a su vez en el 34.4% que presenta depresión leve, el 9.7% con depresión moderada al igual que el 9,7 % que presenta depresión severa y el 10.8% registra depresión muy severa. El estudio realizado en 2016 en la ciudad de Quito dio como resultado un 79.1% de personas no deprimidas, el 11.4% presentó depresión leve, el 8.5% depresión moderada y un 0.5% presentó depresión severa. (15) Existen diferencias en cuanto a los tipos de depresión en estas dos investigaciones ya que en cada estudio se utilizó un test de valoración diferente, en el caso del estudio en Quito la depresión consta como una característica dentro de la salud mental de las personas LGBTI, sin embargo en nuestro estudio la depresión se la considera como una variable independiente. Otra investigación sobre la salud mental de las personas LGBTI realizado en San Sebastián- España en el año 2014 con 119 participantes indican que el 66.38% de sus participantes no presentan depresión, sin embargo el 33.62% si la presentaron, al no tratarse de un estudio orientado únicamente en depresión no se especifica qué tipo de depresión presentaron las personas. (12) En Antofagasta, Chile en el año 2012 se realizó un estudio sobre salud mental en personas LBGTI donde la depresión obtuvo una media de 2.47 (DT=0.98) dentro de los parámetros que miden el distrés psicológico, dando a entender así que es el factor más distintivo por presentar mayor puntaje al analizar el distrés psicológico. (14)



En nuestro estudio también se pudo indagar sobre percepción de homofobia de los participantes, encontrándose que un 70,97% habían sido víctimas de la misma, así mismo se registraron datos en un estudio sobre la percepción de discriminación en adultos gay, lesbianas y bisexuales en Estados Unidos en el 2011 donde reporta que el 42% alguna vez fue víctima de homofobia, los datos mencionados en ambos estudios claramente no se asemejan lo que se atribuiría al diferente entorno social y educativo donde se practicaron los estudios. (9) Sin embargo en otro estudio realizado en México sobre los efectos de la homofobia internalizada se registró el 88.24% para aquellos que alguna vez fueron víctimas de homofobia, información que se asemeja a lo encontrado en esta investigación (10) Al hablar de acoso nuestro estudio arrojó que el 73,12% fue alguna vez acosado debido a su orientación sexual, mientras que el estudio desarrollado en Quito en el 2016 indica que el 60.2% de los participantes sufrió acoso. Los resultados obtenidos en ambos estudios se correlacionan a pesar de la diferencia en cuanto al número de personas que conforman el universo. (15) En lo que se refiere a violencia sufrida por parte de la comunidad LGBTI encontramos que el 68.9% del universo fue víctima de la misma, así también en un estudio realizado en Loja sobre los problemas sociales asociados a la desigualdad y discriminación de los grupos LGBTI en el año 2016 indica que el 56% de su población sufrió violencia, por lo que se infiere que más de la mitad de la población LGBTI, independientemente del número que la conformen, ha sufrido de violencia. (71)





## CAPITULO VII

### 7.1 Conclusiones

- Más de la mitad de los sujetos de estudio son hombres con un 59.24% siendo las mujeres quienes les siguen en frecuencia con un 39.79%.
- La media de edad fue de 25 años (DS=6.60), el grupo etario más frecuente fue el comprendido entre los 18-27 años. En estudios realizados en el país y en otros países se corresponde al mismo grupo etario.
- Dentro de la población LGBTI de la ciudad de Cuenca la población homosexual representa a la mayoría, seguidos de la población bisexual y por ultimo existe un porcentaje de personas trans que se identifican como heterosexuales. Estudios anteriores al nuestro sobre la realidad de la población en nuestro país corroboran nuestros datos.
- En cuanto a la identidad sexual es importante destacar la utilización de términos nuevos y diversos como lo son: queer y cisgénero los mismos que no se mencionan en estudios realizados en otras partes del mundo debido a que es una terminología que se está usando recientemente.
- El nivel de depresión leve fue del 64.6%, que se divide en 34.4%, moderado de 9.7%, severa de 9.7%, muy severa del 10.8% y los que no presentaron depresión corresponden al 35.5%, indicando así que la mayoría de nuestra población se encuentra deprimida, y lo más grave aún el 20.5% de nuestra población tiene depresión severa o muy severa.
- Como se ha demostrado en ésta y en otras investigaciones la mayoría de personas de la comunidad LGBTI han sido víctimas de homofobia, lo que nos hace pensar que aún en el siglo XXI la comunidad no está lista para aceptar la diversidad sexual.
- Entre los antecedentes más destacados fue la violencia ya que el 68.89% de los entrevistados nos refirió haber sido víctimas de la misma en algún momento de su vida



## 7.2 Recomendaciones

- Se recomienda continuar con nuevas investigaciones dentro de la comunidad LGBTI, ya que hay problemas que no se han investigado y sus resultados permitirán la resolución de los mismos, dándoles la importancia que se merecen.
- Fomentar una relación de comunicación entre la escuela de medicina y los dirigentes de los diversos colectivos LGBTI, ya que a través de esto se podrá crear un sistema de apoyo constante y tener mayor acceso hacia los miembros de dichos colectivos.
- Mayor apoyo hacia las investigaciones por parte de los dirigentes de los diversos colectivos, ya que ellos actúan como mediadores directos en el proceso de investigación.



## CAPITULO VIII

### 8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mitchell C. OPS OMS | “Depresión: hablemos”, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [cited 2017 Sep 22]. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es)
2. Botella C, Mira A, Herrero R, García-Palacios A, Baños R. Un programa de intervención auto-aplicado a través de Internet para el tratamiento de la depresión: “Sonreír es divertido.” *Aloma Rev Psicol Ciènc Educ Esport* [Internet]. 2015 Nov 24 [cited 2017 Nov 30];33(2). Available from: <http://revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/264>
3. González-Forteza C, Torre AEH de la, Vacío-Muro M de los Á, Peralta R, Wagner FA. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Bol Méd Hosp Infant México*. 2015 Mar;72(2):149–55.
4. Aalbers S, Fusar-Poli L, Freeman RE, Spreen M, Ket JC, Vink AC, et al. Music therapy for depression. *Cochrane Common Mental Disorders Group*, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 Nov 16 [cited 2017 Nov 30]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004517.pub3>
5. Smith K, DE TORRES IBC. A world of depression. *Nature*. 2014;515.
6. Fernández FC, Martínez ÁM, Barragán AB, Martín M, del Mar Molero M. Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *Eur J Investig Health*. 2015;5(2):267–279.
7. Pomeranz JL. Challenging and Preventing Policies That Prohibit Local Civil Rights Protections for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer People. *Am J Public Health*. 2017 Nov 21;e1–6.
8. Rocha Buelvas A. EL RIESGO SUICIDA Y LOS SIGNIFICADOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES: UN NUEVO RETO PARA LA SALUD PÚBLICA. *Rev Fac Med*. 2015 Aug 25;63(3):537–44.
9. Mays VM, Cochran SD. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Public Health*. 2001;91(11):1869–1876.
10. Lozano-Verduzco I. Efectos de la homofobia internalizada en la salud mental y sexual de hombres gay de la Ciudad de México. [cited 2017 Jul 22]; Available from: [http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen14\\_3/04\\_Efectos\\_de\\_la\\_homofobia.pdf](http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen14_3/04_Efectos_de_la_homofobia.pdf)
11. Byne W. LGBT Health Equity: Steps Toward Progress and Challenges Ahead. *LGBT Health*. 2015 Sep;2(3):193–5.
12. Martxueta A, Etxeberria J. Análisis diferencial retrospectivo de las variables de salud mental en lesbianas, gays y bisexuales (LGB) víctimas de bullying homofóbico en la escuela. *Rev Psicopatología Psicol Clínica*. 2014;19(1):23–35.



13. Carro Segundo C. Efectos de la homonegatividad en la salud mental de mujeres lesbianas. 2015 [cited 2017 Jul 22]; Available from: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/5793>
14. Gómez F, Barrientos Delgado JE. Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile. *Sex Salud Soc - Rev Latinoam* [Internet]. 2012;(10). Available from: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=293322076005>
15. Vicuña Arévalo Juana Patricia. Prevalencia de ansiedad y depresión en la población no heterosexual del cantón Quito 2016. [Quito- Ecuador]: UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR; 2017.
16. Bedón Noboa RS. Guía básica de términos LGBTI para el tratamiento periodístico de la diversidad sexual y de género en la construcción de la noticia en periódicos impresos ecuatorianos [B.S. thesis]. Quito: UCE; 2015.
17. Salgado Álvarez J. Análisis de la interpretación de inconstitucionalidad de la penalización de la homosexualidad en el Ecuador. 2004;
18. Duque Cevallos JA, others. Dístintos Evolución de los Derechos Humanos de la comunidad LGBTI en el Ecuador [Internet] [B.S. thesis]. Quito, 2013; 2013 [cited 2017 Jul 22]. Available from: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/2330>
19. Salgado J. Derechos sexuales en el Ecuador. Tesis del programa de Maestría en Estudios Latinoamericanos con mención en derechos humanos, Quito, UASB, sede Ecuador; 2005.
20. Samaniego Torres JL, Heras B, Alexandra D. Discriminación hacia jóvenes homosexuales en su entorno educativo [Internet] [B.S. thesis]. 2015 [cited 2017 Jul 22]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23311>
21. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI) [Internet]. Primera Edición. Quito- Ecuador; 2016. 52 p. Available from: [www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)
22. Rodríguez MF, Calle FV. En torno al rechazo, la salud mental y la resiliencia en un grupo de jóvenes universitarios gays, lesbianas y bisexuales. *Rev Griot*. 2013 Dec;6(1):44–65.
23. Gómez M, Barmettler D, Cadena MR, Puente D, Padilla S, Santamaría L, et al. Estudio de caso sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en el Ecuador. 2013;
24. REYES TOMALÁ AV, TORRES VILLÓN MJ. FACTORES SOCIO-CULTURALES EN EL INCREMENTODE LA HOMOSEXUALIDAD COMUNA PROSPERIDAD-SANTA ELENA 2011-2012. 2013.
25. Espinosa M. PRIORIDADES DE INVESTIGACION EN SALUD, 2013-2017. *Andamios Rev Investig Soc*. 2004;(1):9–50.
26. Tomicic A, Gálvez C, Quiroz C, Martínez C, Fontbona J, Rodríguez J, et al. Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Rev Médica Chile*. 2016;144(6):723–733.



27. OMS | Depresión [Internet]. WHO. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
28. Wilkinson P, Izmeth Z. Continuation and maintenance treatments for depression in older people. In: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2016 [cited 2017 Dec 5]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006727.pub3>
29. Zarragoitía Alonso, Ignacio. Depresión: Generalidades y particularidades. La Habana Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2011. 127 p.
30. Carlevaro AR. Depresión en adolescentes y su relación con las TIC. 2015;
31. Rummel-Kluge C, Dietrich S, Koburger N. Behavioural and cognitive-behavioural therapy based self-help versus treatment as usual for depression in adults and adolescents. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [cited 2017 Dec 5]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011744/abstract>
32. Lolak S, Suwannarat P, Lipsky RH. Epigenetics of Depression. In: Progress in Molecular Biology and Translational Science [Internet]. Elsevier; 2014 [cited 2017 Dec 5]. p. 103–37. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B978012800977200005X>
33. Villa BAD, González CG. Actualidades en neurobiología de la depresión. Rev Latinoam Psiquiatr. 2012;11(3):106.
34. Wijkstra J, Lijmer J, Burger H, Cipriani A, Geddes J, Nolen WA. Pharmacological treatment for psychotic depression. In: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [cited 2017 Dec 5]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004044.pub4>
35. McCloud TL, Caddy C, Jochim J, Rendell JM, Diamond PR, Shuttleworth C, et al. Ketamine and other glutamate receptor modulators for depression in bipolar disorder in adults. In: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [cited 2017 Dec 5]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011611.pub2>
36. Zarragoitía, Ignacio. Depresión: generalidades y particularidades. La Habana- Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2011. 127 p.
37. Maté J, Ochoa Arnedo C, Carreras B, Hernández R, Segalàs C, Gil Moncayo F. Depresión (en pacientes con cáncer avanzado y terminal). 2013. 232 p.
38. Buesa S, Calvete E. Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. Int J Psychol Psychol Ther. 2013;13(1).
39. Association AP. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®. American Psychiatric Pub; 2014. 417 p.
40. Peñaranda APB, Valencia JG, Guarín MR, Borrero ÁEA, Díaz SMC, de la Hoz Bradford AM, et al. Guía de atención integral para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y



- trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente: Parte II: Aspectos generales del tratamiento, manejo de la fase aguda, continuación y mantenimiento del paciente con diagnóstico de depresión. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2012;41(4):740–773.
41. Campo A, Díaz LA, Rueda GE. Validez de la escala breve de Zung para tamizaje del episodio depresivo mayor en la población general de Bucaramanga, Colombia. *Biomédica.* 2006;26(3):415–23.
  42. Messa Pérez AM, Villamizar Buitrago FA, others. Actitudes frente a la Homosexualidad en Latinoamérica. 2017 [cited 2017 Sep 25]; Available from: <http://repository.ucc.edu.co/handle/ucc/328>
  43. Almeida J, Johnson RM, Corliss HL, Molnar BE, Azrael D. Emotional Distress Among LGBT Youth: The Influence of Perceived Discrimination Based on Sexual Orientation. *J Youth Adolesc.* 2009 Aug;38(7):1001–14.
  44. Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45(8):742–747.
  45. Quezada Barrigas TL. Comparación entre el test de Hamilton y Beck para determinar mayor eficacia diagnóstica de depresión, aplicado a estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Loja módulo 10 en el periodo febrero-julio del 2014 [B.S. thesis]. 2015.
  46. Purriños M. Escala de Hamilton-Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS). Extraído El. 5.
  47. Sharp R. The Hamilton Rating Scale for Depression. *Occup Med.* 2015 Jun;65(4):340–340.
  48. Kakpovi K, Soedje KM, Koffi-Tessio VE, Ahoble KE, Fianyo E, Houzou P, et al. Anxiety and Depression Disorders in Chronic Non-Specific Low Back Pain in Lomé (Togo). *Open J Rheumatol Autoimmune Dis.* 2017;7(01):1.
  49. Lamas M. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Cuicuilco [Internet]. 2000 [cited 2017 Sep 25];7(18). Available from: <http://www.redalyc.org/html/351/35101807/>
  50. Hernández Guanche V. Intersexualidad y prácticas científicas: ¿ciencia o ficción? *RIPS Rev Investig Políticas Sociológicas.* 2009;8(1).
  51. OPS OMS. Género [Internet]. 2015. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/es/>
  52. Serret E. Hacia una redefinición de las identidades de género. *GénEros.* 2016;18(9):72–100.
  53. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *Am Psychol.* 2012;67(1):10–42.
  54. UJCE. Glosario de conceptos LGTBi [Internet]. Available from: <http://archivo.juventudes.org/textos/UJCE/Glosario%20de%20conceptos%20LGTBi.pdf>



55. Álvarez Rosales N, Pérez Pérez C. Identidad de género en transformistas: un estudio cualitativo-exploratorio. *Límite*. 2009;4(20).
56. Soley-Beltran P. Transexualidad y Transgénero: una perspectiva bioética. *Rev Bioét Derecho*. 2014;(30):21–39.
57. Cervantes Julio. Los derechos humanos de las personas transgénero, transexuales y travestis. 2016 Aug; Available from: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/31-DH-Transgenero.pdf>
58. Rubio Arribas F. El tercer género: La transexualidad. *Nómadas*. 2008;(17).
59. Wolff CS, Saldanha RA. Género, sexo, sexualidades-Categorías del debate contemporáneo. *Retratos Esc*. 2016;9(16).
60. Vargas Barrantes E. Bases de la diferenciación sexual y aspectos éticos de los estados intersexuales. *Reflexiones*. 2013;92(1).
61. Significado de LGBT [Internet]. Significados. Available from: <https://www.significados.com/lgbt/>
62. Hernández LAC. Metodología lesbiana. *Rev Estud Género Ventana* E-ISSN 2448-7724. 2015;3(25):211–217.
63. Barker M, The Open University, Faculty of Social Sciences. El informe sobre bisexualidad: inclusión bisexual en igualdad y diversidad del LGBT. Milton Keynes: Open Univ., CCIG; 2012.
64. Instituto Nacional de Estadística y Censos. (INEC). Definiciones GLBTI [Internet]. Available from: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/LGBTI/Definiciones\\_GLBTI.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/LGBTI/Definiciones_GLBTI.pdf)
65. Dean L, Meyer I, Robinson K. Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender health: Findings and Concerns. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association* [Internet]. 4(3). Available from: <http://www.felgtb.org/rs/334/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/91f/filename/2000-dean-l-lgbt-health-findings-and-concerns.pdf>
66. de Lauretis T. Género y teoría queer. *Mora B Aires*. 2015;21(2):00–00.
67. Fonseca Hernández C, Quintero Soto ML. La Teoría Queer: la de-construcción de las sexualidades periféricas. *Sociológica México*. 2009;24(69):43–60.
68. Quezada Barrigas TL. Comparación entre el test de Hamilton y Beck para determinar mayor eficacia diagnóstica de depresión, aplicado a estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Loja módulo 10 en el periodo febrero-julio del 2014 [B.S. thesis]. 2015.
69. Ortega K, Ponce M, Visnay C. Condiciones sociodemográficas, acceso a la atención de salud y cumplimiento de los derechos humanos de la Comunidad GLBTI en Cuenca-Ecuador 2014 [Internet]. [Cuenca, Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2015. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22775>



70. Fonseca Hernández C, Quintero Soto ML. La Teoría Queer: la de-construcción de las sexualidades periféricas. *Sociológica México*. 2009;24(69):43–60.
71. Córdova RMS. Los problemas sociales asociados a la desigualdad y discriminación de los grupos GLBTI (Gay, Lesbianas, Bisexuales, Transexuales, Intersexuales.) 2015-2016 Y la intervención del trabajador social [Internet] [B.S. thesis]. Loja 19 de mayo; 2016 [cited 2017 Jul 22]. Available from: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/12611>





## CAPITULO IX

## 9. ANEXOS

## 9.1 Anexo I: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>Edad</b>	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Edad en años cumplidos	Cédula de Identidad	18-27 años 28-37 años 38-47 años 48-57 años
<b>Sexo Biológico</b>	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.	Fenotipo	Caracteres sexuales secundarios	Hombre Mujer Intersexual
<b>Orientación Sexual</b>	Atracción emocional. Romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros.	Auto identificación	Heterosexual Bisexual Homosexual	Heterosexual Bisexual Homosexual
<b>Identidad Sexual</b>	Vivencia interna e íntima, mediante la cual cada persona es libre de decidir con quien comparte o no su tendencia sexual	Auto identificación	Cisgénero Transexual Transgénero Otro	Cisgénero Transexual Transgénero Otro
<b>Etnia</b>	Comunidad humana que comparte una afinidad cultural que permite que sus	Características Sociales Características Culturales	Blanco Mestizo Mulato	Blanco Mestizo Mulato



	integrantes puedan sentirse identificados entre sí	Características Religiosas	Otro	Otro
<b>Residencia</b>	Lugar donde se encuentra establecida la persona	Sector de residencia	Urbana Rural	Urbana Rural
<b>Ocupación</b>	Conjunto de funciones obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo oficio o puesto de trabajo	Socioeconómica	Trabaja	Si/No
<b>Depresión</b>	Trastorno mental que se caracteriza por factores psicológicos, físicos y / o síntomas, tales como desesperanza, cambios de peso y apetito, como así como la evitación de las actividades sociales.	Nivel de depresión	Puntaje del Test de Hamilton	0-7: No deprimido 8-13: Depresión leve 14-18: Depresión Moderada 19-22: Depresión Severa > 23: Depresión muy severa



<b>Homofobia</b>	Aversión contra hombres o mujeres homosexuales		¿Alguna vez ha sido víctima de homofobia?	Si/No
<b>Acoso</b>	Acción de insistir o persistir en una situación o idea resultando molesto o dañino hacia una persona		¿Se ha sentido acosado/a por su orientación sexual?	Si/No
<b>Discriminación</b>	Trato diferente y perjudicial hacia una persona por motivos de sexo, raza, ideas políticas u orientación sexual.		¿Alguna vez se ha sentido discriminado/a por su orientación sexual?	Si/No
<b>Violencia</b>	Uso de la fuerza para lograr un fin, especialmente para dominar a alguien o imponer algo		¿Alguna vez ha sido víctima de violencia por su orientación sexual?	Si/No
<b>Intento Suicida</b>	Comportamiento o acción que ejecuta una persona con el fin de acabar con su vida		¿Alguna vez ha intentado quitarse la vida?	Si/No
<b>Auto aceptación</b>	Significa reconocer que somos valiosos, dignos de ser queridos y respetados a pesar		¿Cree usted que es valioso/a, digno/a de ser querido/a y respetado/a?	Si/No



	de nuestra orientación sexual			
--	----------------------------------	--	--	--

**9.2 Anexo II Formulario de recolección de datos**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

*“CARACTERÍSTICAS DE DEPRESION EN LA POBLACION LGBTI DE LA CUIDAD DE CUENCA. 2017”*

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en la población LGBTI de la ciudad de Cuenca. 2017.

**Instructivo:** El investigador realizará algunas preguntas, las mismas deberán ser contestadas de manera objetiva, en caso de dudas preguntar al investigador durante la entrevista.

**Formulario No:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_/\_\_/\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_ **AÑOS CUMPLIDOS**    **SEXO BIOLÓGICO:** HOMBRE \_\_ MUJER \_\_ INTERSEXUAL \_\_

**INSTRUCCIÓN:**

- PRIMARIA \_\_
- SECUNDARIA \_\_
- SUPERIOR \_\_
- CUARTO NIVEL \_\_

**ACTIVIDAD LABORAL:**

- TRABAJA
- SI ( \_\_ )
- NO ( \_\_ )

**ORIENTACIÓN SEXUAL:**

- HETEROSEXUAL \_\_
- BISEXUAL \_\_
- HOMOSEXUAL \_\_

**IDENTIDAD SEXUAL**

- CISGÉNERO \_\_
- TRANSEXUAL \_\_
- TRANSGÉNERO \_\_
- OTROS \_\_ ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

**ETNIA:**

- BLANCO/A \_\_
- MESTIZO/A \_\_
- MULATO/A \_\_
- OTRO: \_\_ ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

**PARROQUIA DE RESIDENCIA:**

URBANA \_\_\_\_\_

RURAL \_\_\_\_\_



## Escala de Hamilton

Ítems	Criterios operativos de valoración
<b>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>0. Ausente</li><li>1. Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente</li><li>2. Estas sensaciones las relata espontáneamente</li><li>3. Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)</li><li>4. Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea</li></ol>
<b>Sentimientos de culpa</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>0. Ausente</li><li>1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente</li><li>2. Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones</li><li>3. Siente que la enfermedad actual (en caso que la posea) es un castigo</li><li>4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza</li></ol>
<b>Suicidio</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>0. Ausente</li><li>1. Le parece que la vida a no vale la pena ser vivida</li><li>2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir</li><li>3. Ideas de suicidio o amenazas</li><li>4. Intentos de suicidio (Cualquier intento serio)</li></ol>
<b>Insomnio precoz</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>0. No tiene dificultad</li><li>1. Dificultad ocasional para dormir por ejemplo: más de media hora para conciliar el sueño</li><li>2. Dificultad para dormir cada noche</li></ol>
<b>Insomnio intermedio</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>0. No hay dificultad</li><li>1. Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche</li><li>2. Esta despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica a en 2 (excepto si está justificada: orinar, beber, dar medicación, etc.).</li></ol>
<b>Insomnio Tardío</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>0. No hay dificultad</li><li>1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir</li><li>2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama</li></ol>
<b>Trabajo y actividades</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>0. No hay dificultad</li><li>1. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)</li><li>2. Pérdida de interés en su actividad (Disminución de la atención, indecisión y vacilación)</li><li>3. Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad</li><li>4. Dejó de trabajar. Sólo se compromete en pequeñas tareas o no puede realizar estas sin ayuda</li></ol>
<b>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>0. Palabra y pensamiento normales</li><li>1. Ligero retraso en el habla</li></ol>



<b>lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>2. Evidente retraso en el habla</li><li>3. Dificultad para expresarse</li><li>4. Incapacidad para expresarse</li></ol>
<b>Agitación psicomotora</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>0. Ninguna</li><li>1. Juega con sus dedos</li><li>2. Juega con sus manos, cabello, etc.</li><li>3. No puede quedarse quieto ni permanecer sentado</li><li>4. Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios</li></ol>
<b>Ansiedad Psíquica</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>0. No hay Dificultad</li><li>1. Tensión subjetiva e irritabilidad</li><li>2. Preocupación por pequeñas cosas</li><li>3. Actitud aprehensiva en la actitud o en el habla</li><li>4. Expresa sus temores sin que le pregunten</li></ol>
<b>Ansiedad Somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, indigestión, eructos, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>0. Ausente</li><li>1. Ligera</li><li>2. Moderada</li><li>3. Severa</li><li>4. Incapacitante</li></ol>
<b>Signos Somáticos gastrointestinales</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>0. Ninguno</li><li>1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</li><li>2. Dificultad de comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</li></ol>
<b>Síntomas somáticos generales</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>0. Ninguno</li><li>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dolor de espalda. Dolor de cabeza. Dolor muscular. Pérdida de energía y fatigabilidad</li><li>2. Cualquiera de los síntomas mencionados, que sea muy fuerte, corresponde a este ítem</li></ol>
<b>Síntomas Genitales (tales como: Disminución de la lívido, trastornos menstruales)</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>0. Ausente</li><li>1. Débil</li><li>2. Grave</li></ol>
<b>Hipocondría</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>0. Ausente</li><li>1. Preocupado por sí mismo (corporalmente)</li><li>2. Preocupado por su salud</li><li>3. Se lamenta constantemente, solicita ayuda</li></ol>
<b>Pérdida de peso (sin cambiar hábitos alimenticios)</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>0. Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana</li><li>1. Pérdida de más de 500 gr en una semana</li><li>2. Pérdida de más de 1 kg en una semana</li></ol>



<b>Introspección (conciencia de enfermedad)</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>0. Se da cuenta que está deprimido y enfermo</li><li>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.</li><li>2. No se da cuenta que está enfermo</li></ol>
---	---

**Antecedentes y consecuencias de la depresión:**

1. **¿Alguna vez ha sido víctima de homofobia?**

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

2. **¿Alguna vez se ha sentido acosado/a por su orientación sexual?**

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

3. **¿Alguna vez se ha sentido discriminado/a por su orientación sexual?**

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

4. **¿Alguna vez ha sido víctima de Violencia por su orientación sexual?**

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

5. **¿Alguna vez ha intentado quitarse la vida?**

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

6. **¿Cree usted que es valioso/a y digno/a de ser querido y respetado?**

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_



### 9.3 ANEXO III: Oficios para autorización

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

Cuenca, septiembre 25 de 2015

Sr.

Pedro Gutierrez Guevara

Coordinador General del colectivo Red LGBTI del Azuay

De mi consideración:

Luego de saludarle muy cordialmente, aprovecho la oportunidad para solicitar su colaboración con el fin de que los estudiantes de la Escuela de Medicina, Valeria Defas y Daniela Ormaza, puedan realizar el trabajo de investigación que lleva como título “Características de depresión en la población LGBTI de la ciudad de Cuenca. 2017”, para lo cual deberán aplicar encuestas a los miembros de su colectivo

Debo informar a usted que este trabajo de investigación que realizarán los estudiantes forma parte de su proyecto de investigación para la obtención de su título de Médico, por tanto esperamos contar con su aprobación. Agradezco anticipadamente por su gentil atención.

Atentamente,

Dra. Lorena Mosquera Vallejo

DIRECTORA DE LA INVESTIGACIÓN





**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

Cuenca, septiembre 25 de 2015

Sr.

Jorge Betancourt

Coordinador General del colectivo Verde Equilibrante

De mi consideración:

Luego de saludarle muy cordialmente, aprovecho la oportunidad para solicitar su colaboración con el fin de que los estudiantes de la Escuela de Medicina, Valeria Defas y Daniela Ormaza, puedan realizar el trabajo de investigación que lleva como título “Características de depresión en la población LGBTI de la ciudad de Cuenca. 2017”, para lo cual deberán aplicar encuestas a los miembros de su colectivo

Debo informar a usted que este trabajo de investigación que realizarán los estudiantes forma parte de su proyecto de investigación para la obtención de su título de Médico, por tanto esperamos contar con su aprobación. Agradezco anticipadamente por su gentil atención.

Atentamente,

Dra. Lorena Mosquera Vallejo

**DIRECTORA DE LA INVESTIGACIÓN**



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

Cuenca, septiembre 25 de 2015

Sr.

Wilmer Brito

Coordinador General del colectivo Silueta Cuenca

De mi consideración:

Luego de saludarle muy cordialmente, aprovecho la oportunidad para solicitar su colaboración con el fin de que los estudiantes de la Escuela de Medicina, Valeria Defas y Daniela Ormaza, puedan realizar el trabajo de investigación que lleva como título “Características de depresión en la población LGBTI de la ciudad de Cuenca. 2017”, para lo cual deberán aplicar encuestas a los miembros de su colectivo

Debo informar a usted que este trabajo de investigación que realizarán los estudiantes forma parte de su proyecto de investigación para la obtención de su título de Médico, por tanto esperamos contar con su aprobación. Agradezco anticipadamente por su gentil atención.

Atentamente,

Dra. Lorena Mosquera Vallejo

**DIRECTORA DE LA INVESTIGACIÓN**



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

Cuenca, septiembre 25 de 2015

Sr.

Jhonatan Ávila

Coordinador General del colectivo Cuenca Inclusiva

De mi consideración:

Luego de saludarle muy cordialmente, aprovecho la oportunidad para solicitar su colaboración con el fin de que los estudiantes de la Escuela de Medicina, Valeria Defas y Daniela Ormaza, puedan realizar el trabajo de investigación que lleva como título “Características de depresión en la población LGBTI de la ciudad de Cuenca. 2017”, para lo cual deberán aplicar encuestas a los miembros de su colectivo

Debo informar a usted que este trabajo de investigación que realizarán los estudiantes forma parte de su proyecto de investigación para la obtención de su título de Médico, por tanto esperamos contar con su aprobación. Agradezco anticipadamente por su gentil atención.

Atentamente,

Dra. Lorena Mosquera Vallejo

**DIRECTORA DE LA INVESTIGACIÓN**



## 9.4 Anexo IV: Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Está invitado a participar en la investigación “Características de depresión en la población LGBTI de la ciudad de Cuenca. 2017”. Usted ha sido seleccionado como posible participante en este estudio porque se encuentra dentro de los criterios de inclusión de nuestro estudio.

Si usted decide participar, nosotros: Dra. Lorena Mosquera, Srta. Valeria Defas, Srta. Daniela Ormaza vamos a realizar una encuesta que tomará aproximadamente veinte minutos. Lo cual, no significará riesgo alguno para usted.

Toda la información que proporcione será confidencial y solo podrá ser conocida por las personas que trabajen en este estudio. Si se llegaran a publicar los resultados de este estudio, su identidad no podrá ser revelada. También queda entendido, que tiene el derecho a negar su participación o a que se retire del estudio en el momento que lo considere necesario, sin que esto vaya en perjuicio en contra de su persona en la actualidad o en el futuro.

Antes de completar y firmar el formulario, por favor, hacer preguntas sobre cualquier aspecto del estudio que no es del todo claro para usted. Si usted tiene alguna pregunta adicional después, los investigadores: Valeria Defas 0995602022, Daniela Ormaza 0995582675, estarán encantadas de responder a ellas. Si en algún momento tiene preguntas sobre sus derechos como sujeto de investigación, puede contactar a la Comisión de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Queda claro que al participar de la investigación usted no tendrá que cancelar rubro alguno por ser considerado para la misma, así como su participación en el estudio no tendrá remuneración económica

Usted está tomando una decisión de participar o no. SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO PARTICIPAR, HABIENDO LEÍDO LA INFORMACIÓN PREVISTA ANTERIORMENTE.



**Firma del Encuestado:** \_\_\_\_\_

**Firma del investigador:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_