

# UCUENCA

## Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

**“Caracterización clínica de adultos con depresión atendidos en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho durante el periodo 2020”**

Trabajo de titulación previo a la  
obtención del título de Médico

**Autor:**

Manolo Sebastián Cabrera Pesantez  
Ariel Ernesto Cárdenas Ávila

**Director:**

Manuel Ismael Morocho Malla

**ORCID:**  0000-0001-5959-3582

**Cuenca, Ecuador**

2023-06-07

## Resumen

**Antecedentes:** según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es un trastorno común que al momento es la principal causa de discapacidad. Gracias a la caracterización clínica de esta patología se puede optimizar recursos, tanto en diagnóstico como en la terapéutica.

**Objetivo:** caracterizar clínicamente a los adultos con depresión del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho de Cuenca que fueron atendidos durante el periodo 2020.

**Método:** estudio descriptivo retrospectivo realizado con 329 participantes. Se estudiaron las variables: edad, sexo, etnia, instrucción académica, antecedentes familiares, comorbilidades, método de diagnóstico, gravedad de la depresión, ideación suicida, psicoterapia y tratamiento farmacológico. Los datos fueron recolectados en una base de datos anonimizada y analizados en SPSS. Se utilizó estadísticos descriptivos y se presentó la información mediante tablas simples con frecuencias y valores porcentuales.

**Resultados:** predomina el grupo de 35-64 años con un 53,8%. Prevalece el grupo de mujeres con un 74,5%. La etnia mestiza prepondera con un 98,8%. La instrucción secundaria predomina con un 59,3%. El 93,3% no tuvieron antecedentes familiares de depresión. Las comorbilidades observadas en mayor frecuencia fueron el alcoholismo y los problemas cardiovasculares con un 10% y un 4,6%, respectivamente. El método de diagnóstico clínico se usó en la totalidad de los casos. Predomina la depresión moderada con un 64,4%. Prevalece la ideación suicida leve con un 45,6%.

**Conclusiones:** se han identificado situaciones tanto clínicas como sociales que pueden ser mejoradas con el fin de optimizar tanto a nivel individual-profesional como nacional con respecto al diagnóstico y manejo de la depresión.

*Palabras clave:* depresión, psicoterapia, farmacoterapia

### Abstract

**Background:** According to the World Health Organization (WHO), depression is a common disorder that is currently the leading cause of disability. Thanks to the clinical characterization of this pathology, resources can be optimized both in diagnosis and therapy.

**Objective:** to clinically characterize adults with depression at the Humberto Ugalde Camacho Psychiatric Hospital in Cuenca who were treated during the 2020 period.

**Method:** descriptive study carried out with 329 participants. The variables were studied: age, sex, ethnicity, academic instruction, depressive family history, comorbidities, diagnostic method and severity of the depression, suicidal ideation, psychotherapy, and treatment. Data were analyzed in SPSS. Descriptive statistics were extracted and the information was presented through simple tables with frequencies and percentage values.

**Results:** the group of 35-64 years prevails with 53.8%. The group of women predominates with 74.5%. The preponderant mestizo ethnic group with 98.8%. Secondary education predominates with 59.3%. 93.3% had no family history of depression. The most frequently observed comorbidities were alcoholism and cardiovascular problems with 10% and 4.6%, respectively. The ICD-10 diagnostic method was used in all cases. Moderate depression predominates with 64.4%. Mild suicidal ideation prevails with 45.6%.

**Conclusions:** both clinical and social situations have been identified that can be improved in order to optimize both at the individual-professional and national level with respect to the diagnosis and management of depression.

*Keywords:* depression, psychotherapy, pharmacotherapy

## Índice de contenido

Resumen .....	2
Abstract .....	3
Índice de contenido.....	4
Índice de tablas.....	6
Agradecimientos .....	7
Dedicatorias.....	9
<b>Capítulo I</b> .....	<b>11</b>
1.1 Introducción .....	11
1.2 Planteamiento del problema .....	11
1.3 Justificación.....	13
<b>Capítulo II</b> .....	<b>15</b>
Marco teórico .....	15
<b>Capítulo III</b> .....	<b>23</b>
Objetivos.....	23
3.1 Objetivo General .....	23
3.2 Objetivos Específicos .....	23
<b>Capítulo IV</b> .....	<b>24</b>
Diseño metodológico .....	24
4.1 Tipo de estudio.....	24
4.2 Área de estudio .....	24
4.3 Universo y muestra.....	24
4.3.1 Universo.....	24
4.3.2 Muestra.....	24
4.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	24
4.4.1 Criterios de inclusión.....	24

4.4.2 Criterios de exclusión.....	24
4.5 Variables.....	24
4.6 Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de información.....	25
Método:.....	25
Técnicas: .....	25
Instrumentos para la recolección de información: .....	25
4.7 Plan de análisis y tabulación .....	25
4.8 Aspectos éticos .....	26
Confidencialidad .....	26
Balance riesgo-beneficio.....	26
Conflicto de intereses .....	26
<b>Capítulo V</b> .....	<b>27</b>
Resultados.....	27
<b>Capítulo VI</b> .....	<b>30</b>
Discusión.....	30
<b>Capítulo VII</b> .....	<b>34</b>
Conclusiones y recomendaciones.....	34
7.1 Conclusiones.....	34
7.2. Recomendaciones.....	35
Referencias.....	36
Anexos.....	44
Anexo A: Operacionalización de Variables .....	44
Anexo B: Formulario de recolección de datos .....	46
Anexo C: Autorización para la recolección de datos.....	47

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Distribución de 329 pacientes de acuerdo a edad, sexo, etnia e instrucción. Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho. Cuenca, 2020. ....	27
<b>Tabla 2.</b> Distribución de 329 pacientes de acuerdo a antecedentes familiares, comorbilidades, método de diagnóstico, gravedad del episodio depresivo y nivel de ideación suicida. Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho. Cuenca, 2020. ....	28
<b>Tabla 3.</b> Distribución de 329 pacientes de acuerdo a las terapias usadas. Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho. Cuenca, 2020. ....	29

## **Agradecimientos**

Quiero comenzar expresando mi profunda gratitud a mi tutor, quien nos brindó su apoyo y guía en todo momento. Su paciencia y sabiduría nos permitieron enfrentar cada obstáculo con más confianza. También quiero agradecer a mi compañero de tesis, con quien compartí experiencias y conocimientos valiosos.

Agradezco principalmente a mi familia por su amor y apoyo incondicional en todo momento. Gracias por su paciencia y comprensión cuando tuve que dedicar largas horas a mi carrera. Agradezco también a mis amigos, quienes estuvieron conmigo en momentos difíciles y me motivaron a seguir adelante. Gracias por sus palabras de aliento y por compartir su tiempo y su alegría.

Manolo Cabrera Pesántez

## **Agradecimientos**

Al finalizar este proyecto quiero expresar mi profundo agradecimiento a mis ancestros, gran espíritu, familia y amigos no tangibles que me cuidan en todo momento

Ariel Cárdenas Ávila

## Dedicatorias

Quiero dedicar esta tesis a mis padres, quienes han sido mi principal fuente de inspiración y motivación en la vida. Desde pequeño, me inculcaron el amor por el aprendizaje y el trabajo duro, valores que me han llevado a lograr este importante hito en mi formación profesional. A pesar de las dificultades y obstáculos que se presentaron en el camino, siempre estuvieron a mi lado, brindándome su apoyo incondicional y su aliento para seguir adelante.

También quiero dedicar esta tesis a mi abuela, quien me enseñó a nunca rendirme ante las adversidades y a buscar siempre la excelencia en todo lo que hago. Su legado y su sabiduría me han guiado en cada etapa de mi vida, y estoy seguro de que, desde donde esté, se siente orgulloso de mis logros.

Por último, quiero dedicar esta tesis a todas las personas que, de una forma u otra, han influido en mi formación y crecimiento personal. A mis profesores, colegas, amigos y familiares, gracias por su apoyo, sus consejos y su amistad.

Esta tesis es el resultado de un trabajo en equipo y de la ayuda de muchas personas que, de alguna manera, han dejado su huella en mi vida. Espero que este trabajo pueda contribuir a la comunidad científica y a la sociedad de manera significativa, y que sea un reflejo del esfuerzo y dedicación de todos aquellos que me han acompañado en este camino. ¡Gracias a todos!

Manolo Cabrera Pesántez

## Dedicatorias

Este proyecto está dedicado a mi familia quienes me han apoyado siempre, también a quienes no pueden levantar la voz de lucha, para mis hermanos indefensos y para mis pacientes que me entregan su vida.

Ariel Cárdenas Ávila.

## Capítulo I

### 1.1 Introducción

La depresión es un trastorno mental episódico y/o recurrente que se manifiesta como un síndrome o grupo de síntomas predominantemente emocionales tales como: tristeza, desesperanza, apatía, irritabilidad, disminución de la energía, pérdida de interés o placer, culpa, bajo autoestima, sentimientos de incomodidad e impotencia subjetiva frente a las adversidades de la vida, que constituyen la influencia global de la vida en el ámbito psicológico-físico. A diferencia de las habituales variaciones provocadas por el estado de ánimo o respuesta emocional de tristeza que experimentan las personas ante diversas experiencias de la vida cotidiana, la depresión se define como un trastorno en el cual estos sentimientos de malestar persisten durante un período de tiempo (2 semanas o más) por lo que se vuelven crónicos o recurrentes e interfieren con la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria (1,2).

La depresión es un diagnóstico amplio y heterogéneo. Un factor central es el estado de ánimo deprimido y/o la pérdida de placer en la mayoría de las actividades. La gravedad del trastorno está determinada por el número y la gravedad de los síntomas, así como por el grado de deterioro funcional. Un diagnóstico formal utilizando el sistema de clasificación ICD-10 requiere al menos 4 de 10 síntomas depresivos, mientras que el sistema DSM-V requiere al menos 5 de 9 para un diagnóstico de depresión mayor (referido en esta guía como 'depresión') (3).

La depresión a menudo tiene un curso remitente y recidivante, y los síntomas pueden persistir entre los episodios. Siempre que sea posible, el objetivo clave de una intervención debe ser el alivio completo de los síntomas (remisión), que se asocia con un mejor funcionamiento y una menor probabilidad de recaída. La depresión es considerada una patología que actualmente constituye un problema de salud pública debido a las altas cifras de prevalencia, su repercusión sobre la estructura familiar y social, la influencia negativa sobre la calidad de vida de las personas, la discapacidad que puede llegar a desencadenar y el incremento en el uso de recursos públicos (4,5).

### 1.2 Planteamiento del problema

Una amplia gama de factores biológicos, psicológicos y sociales, que no están bien captados por los sistemas de diagnóstico actuales, tienen un impacto significativo en el curso de la depresión y la respuesta al tratamiento. Por lo tanto, también es importante tener en cuenta

tanto los antecedentes personales como los antecedentes familiares de depresión al realizar una evaluación diagnóstica (6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad a nivel mundial. Además, estima que 322 millones de personas viven con depresión en el planeta afectando en mayor proporción a mujeres que a hombres. También indica que su prevalencia aumenta con la edad presentándose con mayor frecuencia en personas de 60 a 64 años de edad, finalmente, indica que es la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años (7). Por otro lado, en las Américas la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha estimado una tasa de prevalencia del 15% (8).

En cuanto estadísticas nacionales podemos observar los reportes del Ministerio de Salud Pública en los cuales se indica que, de las atenciones ambulatorias registradas, el número de casos llegó a 50.379 personas con diagnóstico presuntivo y definitivo de depresión; de estos 36.631 corresponden a mujeres y 13.748 a hombres (9). Un estudio realizado en Quito indica que la prevalencia de depresión en adultos fue del 55,0%, con predominio en hombres quienes representaron el 59,2%, en sujetos divorciados y viudos con el 72,7% y el 72,1% respectivamente (10). Por otro lado, en Cuenca no se disponen de estudios actuales sobre la prevalencia de depresión o sobre las características clínicas que estos pacientes presentan. Sin embargo, se disponen de muestras pequeñas con poblaciones específicas que nos ayudan a tener una idea sobre la prevalencia de esta patología, como muestra un estudio realizado en 2019 la prevalencia de depresión fue del 25,9% (11) mientras que en otro estudio realizado en 2015 la prevalencia de esta patología alcanzó una cifra más elevada llegando hasta un 36,3% (12).

Es fundamental hacer mención especial a la influencia que ha tenido la infección por SARS-CoV-2 en trastornos mentales como la depresión. Según la OMS y la OPS durante el primer año de la pandemia por COVID-19, la prevalencia mundial de depresión y ansiedad aumentó un 25% (13).

Con base en lo anteriormente expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características clínicas de adultos con depresión atendidos en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho durante el periodo 2020?

### 1.3 Justificación

Una de las razones para realizar este estudio es que en el Ecuador se han realizado pocos estudios sobre adultos con depresión que estén siendo tratados en una institución especializada. Esto plantea importantes desafíos sociales y científicos ya que abre la posibilidad de generar lineamientos teóricos en beneficio tanto de los pacientes como de la comunidad en general y de los establecimientos de atención para pacientes con depresión (14,15).

El trastorno depresivo mayor tiene un potencial significativo de morbilidad y mortalidad, lo que contribuye al suicidio, la incidencia y los resultados adversos de enfermedades médicas, la interrupción de las relaciones interpersonales, el abuso de sustancias y la pérdida de tiempo de trabajo. Durante 2009-2012, el 7,6 % de los estadounidenses mayores de 12 años padecieron depresión con síntomas depresivos moderados o graves s en un tiempo de al menos 2 semanas. La depresión fue más frecuente entre las mujeres y las personas de 40 a 59 años (16).

Debido a su precoz inicio, al impacto en la funcionalidad de las personas, a su recurrencia y a su tendencia a la cronicidad, actualmente la depresión es la principal causa de discapacidad a nivel mundial. Por si sola representa el 4,3 % de la carga global de enfermedad. La OMS ha insistido en situar una tendencia creciente del trastorno, proyectándola hacia el 2030 como la segunda causa de carga de enfermedad a escala mundial (17).

Antes de 2020, los trastornos mentales eran las principales causas de la carga mundial relacionada con la salud, y los trastornos depresivos y de ansiedad eran los principales contribuyentes a esta carga. La aparición de la pandemia de COVID-19 ha creado un entorno en el que se exacerban muchos determinantes de la mala salud mental. La necesidad de información actualizada sobre los impactos del COVID-19 en la salud mental de una manera que informe las respuestas del sistema de salud es imperativa. En un estudio publicado en de Lancet en 2021 se indicó un aumento de 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, como que la prevalencia total fue de 3152 casos por 100 000 habitantes (18).

El impacto científico de la presente investigación será el conocimiento a fondo de las características clínicas de los pacientes, además de los métodos de diagnóstico y terapéuticos que se emplean para el tratamiento de la depresión. En cuanto al impacto social

se dispondrá de información sobre la situación actual de los pacientes del Hospital Humberto Ugalde Camacho la cual se facilitará a los administrativos del Hospital a que la usen como lo crean conveniente siempre con el fin de promover el mejoramiento en la atención de los pacientes.

En cuanto a las prioridades de investigación el proyecto se sitúa el área 11 del MSP, “Salud mental y trastornos del comportamiento”, línea de “Depresión y distimia”, sublínea: “perfil epidemiológico”. Mientras que para la Universidad de Cuenca se ubica en la línea 14, Problemas de salud prevalente prioritarios.

## Capítulo II Marco teórico

### Definición

La OMS define a la depresión como un trastorno del humor compuesto por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo y se pueden presentar también síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos. En un episodio depresivo, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del disfrute o del interés en actividades, la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas (7,19).

### Epidemiología

A nivel mundial la OMS indica que 322 millones de personas viven con diagnóstico de depresión. Mientras que en el contexto nacional se han observado cifras que varían desde un 25% hasta un 55% todo en función de la población y del lugar de estudio (1,8,11).

### Signos y síntomas

La mayoría de los pacientes con trastorno depresivo mayor presentan una apariencia normal. En pacientes con síntomas más severos, se puede observar una disminución en el aseo y la higiene, así como un cambio en el peso. Los pacientes también pueden mostrar lo siguiente (20,21):

- Retraso psicomotor
- Aplanamiento o pérdida de reactividad en el afecto del paciente (es decir, expresión emocional)
- Agitación o inquietud psicomotora

### Modelo escalonado para la atención de la depresión

El modelo de atención escalonada proporciona un marco en el que organizar la prestación de servicios y ayuda a los pacientes, cuidadores y profesionales a identificar y acceder a las intervenciones más eficaces. En la atención escalonada, primero se proporciona la intervención menos intrusiva y más eficaz; si una persona no se beneficia de la intervención ofrecida inicialmente, o rechaza una intervención, se le debe ofrecer una intervención adecuada en el siguiente paso (22).

## Diagnóstico

### Consideraciones de diagnóstico

El diagnóstico diferencial de la depresión incluye una amplia variedad de trastornos médicos, como los siguientes(19,23):

- Enfermedades del sistema nervioso central (enfermedad de Parkinson, demencia, esclerosis múltiple, lesiones neoplásicas).
- Trastornos endocrinos (hipertiroidismo, hipotiroidismo).
- Afecciones relacionadas con las drogas (abuso de cocaína, efectos secundarios de algunos depresores del SNC).
- Enfermedad infecciosa (mononucleosis).
- Trastornos relacionados con el sueño.

Las pruebas de detección de depresión pueden ser valiosas, y la más utilizada es el Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9). Sin embargo, es importante comprender que los resultados obtenidos del uso de cualquier escala de evaluación o evaluación de la depresión no diagnostican la depresión y pueden ser imperfectos en cualquier población, especialmente en pacientes de edad avanzada (23).

### Pruebas de screening

El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (US Preventive Services Task Force, USPSTF) recomienda la detección de la depresión en la población adulta general, incluidos los adultos mayores y las mujeres embarazadas y en posparto. Es importante comprender que los resultados obtenidos del uso de cualquier escala de calificación de la depresión son imperfectos en cualquier población, especialmente en la población geriátrica (24).

La prueba de detección más simple es una sola pregunta: ¿Está deprimido? Un análisis combinado encontró que la detección de una sola pregunta tenía una especificidad del 97% pero una sensibilidad general del 32% y, por lo tanto, identificaría solo a 3 de cada 10 pacientes con depresión en la atención primaria (25).

La siguiente prueba de 2 preguntas aborda el estado de ánimo deprimido y la anhedonia:

- Durante el último mes, ¿le ha molestado sentirse decaído, deprimido o desesperanzado?
- Durante el último mes, ¿le ha molestado el poco interés o placer en hacer las cosas?

En un estudio transversal, estas 2 preguntas de cribado mostraron una sensibilidad del 97 % y una especificidad del 67 % (26).

### **Instrumentos de detección de depresión de autoinforme:**

Dentro de las herramientas para llegar a un diagnóstico integral de un paciente con depresión se cuentan con algunas escalas o cuestionarios. Los instrumentos de detección de depresión de autoinforme más largos incluyen los siguientes (27):

- **PHQ-9:** la escala de depresión de 9 ítems del Cuestionario de salud del paciente; cada elemento se puntúa de 0 a 3, lo que proporciona una puntuación de gravedad de 0 a 27
- **Inventario de depresión de Beck (BDI) o Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II):** escalas de calificación de síntomas de 21 preguntas
- **BDI para atención primaria:** una escala de 7 preguntas adaptada del BDI
- **Escala de depresión de autoevaluación de Zung:** una encuesta de 20 ítems
- **Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D):** un instrumento de 20 ítems que permite a los pacientes evaluar sus sentimientos, comportamiento y perspectivas de la semana anterior

A diferencia de las escalas de autoinforme anteriores, la escala de calificación de depresión de Hamilton (HDRS) la realiza un profesional capacitado, no el paciente. La HDRS tiene 17 o 21 ítems, puntuados de 0-2 o 0-4; una puntuación total de 0 a 7 se considera normal, mientras que las puntuaciones de 20 o más indican depresión moderadamente grave (28).

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS), aunque desarrollada para adultos mayores, también ha sido validada en adultos más jóvenes. El GDS comprende 30 artículos; un GDS de formato corto tiene 15 elementos (vea las imágenes a continuación) (29).

## **Estudios de laboratorio para descartar causas orgánicas:**

La depresión es un diagnóstico clínico, basado en la historia y los hallazgos físicos. No hay pruebas de diagnóstico de laboratorio disponibles para diagnosticar el trastorno depresivo mayor, pero los estudios de laboratorio enfocados pueden ser útiles para excluir posibles enfermedades médicas que pueden presentarse como un trastorno depresivo mayor. Estos estudios de laboratorio pueden incluir lo siguiente (30):

- Recuento completo de células sanguíneas (CBC)
- Hormona estimulante de la tiroides (TSH)
- Vitamina B12
- Reagína plasmática rápida (RPR)
- Prueba de VIH
- Electrolitos, incluidos los niveles de calcio, fosfato y magnesio.
- Nitrógeno ureico en sangre (BUN) y creatinina
- Pruebas de función hepática (LFT)
- Nivel de alcohol en sangre
- Examen de toxicología en sangre y orina
- Gasometría arterial (ABG)
- Prueba de supresión con dexametasona (enfermedad de Cushing, pero también positiva en depresión)
- Prueba de estimulación con cosintropina (ACTH) (enfermedad de Addison)

## **Neuroimagen**

La neuroimagen puede ayudar a aclarar la naturaleza de la enfermedad neurológica que puede producir síntomas psiquiátricos, pero estos estudios son costosos y pueden tener un valor cuestionable en pacientes sin déficits neurológicos discretos. Se debe considerar la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética nuclear (RMN) del cerebro si el síndrome cerebral orgánico o el hipopituitarismo se incluyen en el diagnóstico diferencial (31).

La tomografía por emisión de positrones (PET) proporciona los medios para el estudio de la unión a receptores de ciertos ligandos y el efecto que un compuesto puede tener sobre los receptores. Sin embargo, la exploración PET es problemática para su uso con niños y adolescentes porque requiere un equipo complejo y usa radiación (32).

Utilizando la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT), Tutus et al informaron diferencias significativas entre los valores del índice de perfusión de los adolescentes con depresión no tratados y los de los pacientes de control. Los investigadores encontraron que los adolescentes con trastorno depresivo mayor pueden tener déficit de flujo sanguíneo regional en las regiones antero frontal izquierda y cortical temporal izquierda, con una mayor asimetría de perfusión derecha-izquierda que los pacientes de control sanos (33).

## **Tratamiento**

Se dispone de una amplia gama de tratamientos eficaces para el trastorno depresivo mayor. La medicación sola y la psicoterapia breve (p. ej., terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal) por sí solas pueden aliviar los síntomas depresivos. También hay apoyo empírico para la capacidad de la psicoterapia breve (TCC) para prevenir la recaída (34).

## **Psicoterapia**

La psicoterapia está indicada para el tratamiento de episodios depresivos (únicos o recurrentes) moderados y graves. Se debe contemplar una terapia con una duración de 3 a 4 meses con cada sesión de entre 30 y 45 minutos. Las líneas de psicoterapia son las siguientes (35):

1. Terapia cognitiva conductual (TCC)
2. Psicoterapia interpersonal (TIP)
3. Terapia de resolución de problemas (TRP)

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

La TCC es dirigida y limitada en el tiempo, por lo general involucra entre 10 y 20 tratamientos. La terapia cognitiva (TC) es la versión más practicada de la TCC para la depresión. Se basa en la premisa de que los pacientes deprimidos exhiben la “tríada cognitiva” de la depresión, que incluye una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro. En relación con la tríada cognitiva, se cree que los pacientes deprimidos exhiben distorsiones cognitivas que pueden mantener estas creencias negativas. La TCC para la depresión generalmente incluye estrategias conductuales (es decir, programación de actividades), así como reestructuración cognitiva con el fin de cambiar los pensamientos automáticos negativos y abordar los esquemas de mala adaptación (36).

## **Terapia interpersonal (TIP)**

La terapia interpersonal (TIP) es un tratamiento de tiempo limitado (típicamente 16 sesiones) para el trastorno depresivo mayor. Si bien es más estructurado que los tratamientos dinámicos, la TIP tiene menos estructura que los enfoques cognitivos y conductuales. La TIP se basa en la teoría del apego y enfatiza el papel de las relaciones interpersonales (37).

### **Terapia de resolución de problemas (TRP)**

La terapia de resolución de problemas (TRP) tiene como objetivo mejorar las actitudes y comportamientos de resolución de problemas de las personas para disminuir la angustia y mejorar la calidad de vida. El uso de TRP para el tratamiento del trastorno depresivo mayor se basa en un modelo que caracteriza la resolución de problemas sociales como mediador y moderador de la relación entre el estrés y la depresión. La resolución de problemas sociales se define como un proceso cognitivo-conductual que implica dirigir los esfuerzos para hacer frente a un problema hacia cambiar la naturaleza de la situación, cambiar la reacción de uno al problema, o ambos. Esto incluye la capacidad de identificar y seleccionar una variedad de respuestas de afrontamiento para abordar las características de una situación estresante específica (38).

### **Terapia farmacológica para la depresión**

#### **Medicamentos utilizados**

Por lo general, se necesitan de 2 a 12 semanas con una dosis terapéutica, con supuesto cumplimiento del régimen, para que se manifieste una respuesta clínica. La elección del medicamento debe guiarse por la seguridad y la tolerabilidad anticipadas, que ayudan al cumplimiento; familiaridad del médico, que ayuda en la educación del paciente y la anticipación de los efectos adversos; e historial de tratamientos previos. A menudo, los fracasos del tratamiento son causados por el incumplimiento de la medicación, la duración inadecuada de la terapia o la dosificación inadecuada (39).

De acuerdo con la guía del American College of Physicians (ACP) de 2018 (la publicación más reciente de la guía) sobre el uso de antidepresivos de segunda generación para tratar los trastornos depresivos, se debe considerar seriamente las preferencias del paciente al elegir el mejor curso de farmacoterapia para pacientes con depresión. El paciente puede querer evitar el uso de un antidepresivo en particular si tuvo una experiencia negativa previa con el medicamento (40).

El tratamiento farmacológico de la depresión debe ser considerado en tres fases: aguda, de continuación y de mantenimiento:

**Tabla 1.** Fases del tratamiento farmacológico en la depresión

	Fase aguda	Fase de continuación	Fase de mantenimiento
Objetivos	Obtener respuesta y disminución de sintomatología.	Mantener atenuación de síntomas, evitar recidivas y lograr mejoría funcional.	Lograr la remisión completa de síntomas y evitar recurrencias.
Tareas	Individualización: perfil de tratamiento, efectos adversos, comorbilidades, abuso de sustancias, etc.	Estimular adherencia al tratamiento y recuperación funcional gradual hacia niveles premórbidos.	Estimular recuperación funcional total, inserción social y evaluar necesidad de tratamiento adicional.

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública (41)

Los medicamentos utilizados para el tratamiento de la depresión incluyen los siguientes:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)
- Inhibidores de la recaptación de serotonina/norepinefrina (IRSN)
- Antidepresivos atípicos
- Moduladores de actividad de serotonina-dopamina (SDAM)
- Antidepresivos tricíclicos (ATC)
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)
- Antagonistas de los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA)

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Los ISRS incluyen lo siguiente:

- Citalopram.
- Escitalopram.
- Fluoxetina.
- Fluvoxamina.
- Paroxetina.
- Sertralina.
- Vilazodona.
- Vortioxetina.

## **Antidepresivos atípicos**

Los antidepresivos atípicos incluyen bupropión, mirtazapina, nefazodona y trazodona. Se ha encontrado que todos son efectivos en monoterapia en el trastorno depresivo mayor y pueden usarse, de ser necesario, en terapia combinada para tratar la depresión. Sin embargo, este grupo también muestra baja toxicidad en sobredosis. Además, el bupropión tiene la ventaja sobre los ISRS de causar menos disfunción sexual y menos molestias gastrointestinales. La mirtazapina se asocia con un alto riesgo de aumento de peso, por lo que los pacientes que reciben tratamiento con este agente deben tener un control cuidadoso del peso (42).

## Capítulo III

### Objetivos

#### 3.1 Objetivo General

- Caracterizar clínicamente a los pacientes adultos con depresión atendidos en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho de Cuenca durante el periodo 2020.

#### 3.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar sociodemográficamente a los sujetos de estudio de acuerdo a las variables: edad, sexo, etnia e instrucción académica.
2. Caracterizar clínicamente a las personas de acuerdo a las variables: antecedentes familiares de depresión, comorbilidades, método de diagnóstico, ideación suicida y gravedad de la depresión.
3. Determinar el tratamiento usado con mayor frecuencia (tratamiento farmacológico o psicoterapia).

## Capítulo IV Diseño metodológico

### 4.1 Tipo de estudio

El estudio es cuantitativo de tipo descriptivo, observacional y retrospectivo.

### 4.2 Área de estudio

**Lugar:** Hospital Huberto Ugalde Camacho

**Ubicación:** Cuenca – Azuay, Ecuador.

**Dirección:** Nicanor Corral, Cuenca.

### 4.3 Universo y muestra

#### 4.3.1 Universo

El universo se conformó por pacientes mayores de edad que fueron diagnosticadas de depresión en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho durante el periodo 2020 siendo estas un total de 329 personas.

#### 4.3.2 Muestra

La muestra se corresponde con el universo.

### 4.4 Criterios de inclusión y exclusión

#### 4.4.1 Criterios de inclusión

- Base de datos con personas mayores de 18 años, con diagnóstico de depresión.

#### 4.4.2 Criterios de exclusión

- Fichas de pacientes con variables incompletas.

### 4.5 Variables

- Edad
- Sexo
- Etnia
- Instrucción académica

- Antecedentes familiares de depresión
- Comorbilidades
- Método de diagnóstico
- Gravedad de la depresión
- Ideación suicida
- Psicoterapia
- Tratamiento farmacológico

Matriz de Operacionalización de variables (ver anexo A)

## 4.6 Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de información

### Método:

Observacional.

### Técnicas:

Revisión documental y aplicación de formulario.

### Instrumentos para la recolección de información:

Los datos se registraron en el formulario de recolección de datos (Anexo B) para luego ser codificados en una base de datos de Excel y finalmente ser analizados en SPSS 19.0.

- **Control de calidad de la información:** la información fue analizada previamente asegurándose de que sea completa y apta para el uso en el estudio.
- **Procedimientos:** posterior a la aprobación de Comité de Ética de Investigación en seres humanos y con la respectiva autorización del Hospital Huberto Ugalde Camacho se procedió a revisar la base de datos en busca de la información pertinente para el estudio.
- **Autorización:** se contó con la autorización de las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, El CEISH de la Universidad de Cuenca, y los directivos del Hospital Huberto Ugalde Camacho para realizar el estudio.
- **Supervisión:** Dr. Ismael Morocho.

## 4.7 Plan de análisis y tabulación

Los datos de la presente investigación se obtuvieron gracias a una base de datos anonimizada otorgada por el Hospital Huberto Ugalde Camacho. Además, estos datos fueron tabulados en el programa Microsoft Excel y analizados en el programa IBM SPSS 19.0. Las variables

cuantitativas se analizaron por medio de estadísticos de tendencia central como la media y de dispersión como el desvío estándar (SD). Las variables cualitativas se presentaron con porcentajes y frecuencias.

## **4.8 Aspectos éticos**

### **Confidencialidad**

La información obtenida se trató con total confidencialidad. Para esto la identidad del paciente se codificó con el fin de resguardar la privacidad. Se solicitó la autorización de las autoridades pertinentes la cual fue aprobada el 20 de septiembre de 2022 (Anexo C).

Con el fin de resguardar la identidad de los usuarios se utilizó una base de datos anonimizada otorgada por el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho.

### **Balance riesgo-beneficio**

La investigación no presentó riesgos debido a que se utilizó una base de datos anonimizada. Para garantizar esto, las únicas personas con acceso a la información fueron los autores y el director, además, se resguardó la información en un dispositivo USB y al finalizar la investigación se destruyó y eliminó toda la información que se recolectó. El beneficio del estudio fue obtener estadísticas actualizadas sobre la caracterización clínica de adultos con depresión atendidos en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho durante el periodo 2020, siendo así un aporte importante a los profesionales de la salud y para futuras investigaciones.

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## Capítulo V Resultados

Luego de la aplicación de criterios de inclusión y exclusión se eliminaron 8 casos duplicados y 16 casos por tener información incompleta, finalmente se obtuvo una muestra de 329 participantes.

**Tabla 1.** Distribución de 329 pacientes de acuerdo a edad, sexo, etnia e instrucción académica. Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho. Cuenca, 2020.

		n=329	%
<b>Edad*</b>	18-34 años	72	21,9
	35-64 años	177	53,8
	≥ 65 años	80	24,3
<b>Sexo</b>	Hombre	84	25,5
	Mujer	245	74,5
<b>Etnia</b>	Mestiza	325	98,8
	Negra	2	0,6
	Indígena	2	0,6
<b>Instrucción académica</b>	Ninguna	2	0,6
	Primaria	60	18,2
	Secundaria	195	59,3
	3er nivel	46	14,0
	4to nivel	22	6,7
	Tecnólogo	4	1,2

\*Media de edad: 51,4 años (SD: 18,84)

**Fuente:** base de datos

**Elaborado por:** Cabrera M, Cárdenas A.

### Interpretación:

El grupo etario de 35-64 años se observa en mayor cantidad con un 53,88%. Predominan las mujeres con un 74,2%. La mayor parte de la población es de etnia mestiza con un 98,8%. La mayor parte de la población refirió una instrucción secundaria con un 59,3%.

**Tabla 2.** Distribución de 329 pacientes de acuerdo a antecedentes familiares de depresión, comorbilidades, método de diagnóstico, gravedad de la depresión y nivel de ideación suicida. Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho. Cuenca, 2020.

		n=329	%
<b>Antecedentes familiares de depresión</b>	Sí	22	6,7
	No	307	93,3
<b>Comorbilidades</b>	Hipotiroidismo	11	3,3
	Alcoholismo	33	10,0
	Problemas cardiovasculares	15	4,6
	Diabetes	5	1,5
	Dolor crónico	12	3,6
	Trastornos neurológicos	7	2,1
	Ninguna	246	74,8
<b>Método de diagnóstico</b>	Clínico	329	100
<b>Gravedad de la depresión</b>	Leve	2	0,6
	Moderado	212	64,4
	Grave sin síntomas psicóticos	93	28,3
	Grave con síntomas psicóticos	22	6,7
<b>Ideación suicida</b>	Inexistente	134	40,7
	Leve	150	45,6
	Moderada	22	6,7
	Grave	17	5,2
	Extrema	6	1,8

**Fuente:** base de datos

**Elaborado por:** Cabrera M, Cárdenas A.

**Interpretación:**

Solamente se observa un 6,7% de personas con antecedente de depresión en su familia. El alcoholismo fue la comorbilidad observada con mayor frecuencia con un 10% de casos. La totalidad de pacientes recibieron su diagnóstico con base en el CIE-10. Se observó una mayoría de pacientes con depresión moderada con un 64,4% seguido de casos de depresión grave sin síntomas psicóticos con un 28,3%. La ideación suicida se presentó de manera leve en el 45,6% de participantes.

**Tabla 3.** Distribución de 329 pacientes de acuerdo a las terapias usadas. Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho. Cuenca, 2020.

		n=329	%
<b>Psicoterapia</b>	Sí	149	45,3
	No	180	54,7
<b>Tratamiento farmacológico</b>	Tricíclicos	41	12,5
	ISRS	288	87,5

**Fuente:** base de datos

**Elaborado por:** Cabrera M, Cárdenas A.

**Interpretación:**

Prevalece un 54,7% de pacientes recibieron psicoterapia. Los fármacos predilectos para el tratamiento fueron los ISRS con un 87,5% mientras que, en segundo lugar, se observó un 12,5% de personas que usaban antidepresivos tricíclicos.

## Capítulo VI

### Discusión

La correcta obtención de características sociodemográficas y clínicas sobre una enfermedad permite realizar metanálisis y estudios similares que determinarán el avance y modificación del diagnóstico y la terapéutica. Debido a esto se ha realizado la presente investigación en la cual se ha observado una prevalencia del grupo etario de entre 35-64 años con una media de edad de 51,4 años (SD: 18,84), lo cual contrasta con un metanálisis de 2022 que incluyó 192 estudios (n = 708.561) y señaló una media de edad a los 31 años (42); ésta marcada diferencia puede estar explicada, debido a que existe una tendencia en países con altos recursos económicos, donde las personas están siendo diagnosticadas con depresión a una edad más temprana, debido a una mayor apertura a los trastornos de salud mental y mejores pautas de diagnóstico (43,44). Según la Comisión del Derecho a la Salud y Deporte de la Asamblea Nacional en Ecuador se observa un presupuesto para salud mental de tan solo el 2% (45), motivo por el cual sigue siendo un reto tanto a nivel de los profesionales como de las autoridades en salud pública para que se obtengan diagnósticos mejores y más tempranos con el fin de brindar la terapéutica adecuada y de manera oportuna a las personas que así lo requieran.

En el presente estudio predominó el sexo femenino, este dato se corresponde con un estudio realizado en China en 2021 con 28.140 participantes el cual indica que el 55,4% de personas participantes fueron mujeres (46), por otro lado, un estudio realizado en 2022 con 51.658 personas danesas señaló una superioridad numérica de mujeres con un 63,8% (47). La concordancia que existe en estos datos se debe a que, como ya se sabe, el sexo femenino corresponde a un factor de riesgo para presentar depresión además de ser el grupo (en cuanto al sexo) que presenta un mayor número de casos de depresión (48), situación que queda más que evidenciada en la investigación realizada.

Con respecto a la etnia se observó un predominio de personas mestizas y muy pocos casos de personas negras o indígenas. En este apartado es fundamental resaltar la dificultad que existe en el acceso a la salud (diagnóstico y tratamiento) que perjudican a grupos minoritarios como los afrodescendientes o etnias autóctonas (49). Estudios recientes muestran que, entre los afrodescendientes, aquellos con estrés debido a problemas socioeconómicos tienen

menos probabilidades de reportar síntomas psicológicos o cumplir con el tratamiento iniciado (50,51). La frase de Williams: “El trastorno depresivo mayor es un camaleón, cambiando sus rayas a medida que se presenta de manera diferente a través de las fronteras raciales y étnicas” (51) es un puntal para entender que los argumentos expuestos previamente pueden ser una explicación del porqué se observan cifras bajas de pacientes con etnias diferente a la mestiza, por lo cual es fundamental que los profesionales de salud estén entrenados en métodos de screening en una amplia variedad de grupos poblacionales.

La mayoría de personas estudiadas tenían un nivel educativo correspondiente a la secundaria completa. Un estudio realizado en Indonesia en 2022 (n=374) afirma que un nivel superior de escolaridad tiene efectos positivos sobre la depresión; por lo tanto, los niveles más altos de educación pueden reducir el riesgo de presentar depresión en la edad adulta (52). Otro estudio publicado en 2022 siguió y documentó la vida de 4.417 personas durante 40 años encontrando que aquellas personas con padres que tenía una educación igual o superior a la secundaria tenían menos riesgo de presentar depresión, de igual forma, las personas que superaban el nivel educativo de sus padres presentaban menos depresión (53). Por lo tanto, la expansión de las políticas relacionadas con las oportunidades educativas, debería ser una prioridad debido a que podrían ayudar a prevenir la aparición de esta patología.

En el presente estudio se observó una pequeña cantidad de personas con antecedentes familiares de depresión. En su reporte el Dr. Levinson señala que, en la mayoría de los casos de depresión, alrededor del 50% de la causa es genética y alrededor del 50% no está relacionada con los genes sino con factores psicológicos o físicos (54). También se resalta un estudio realizado en 2021 (n=11.200) en el cual se indica que los hijos biológicos de padres con depresión tienen un riesgo de 2 a 5 veces mayor de sufrir un trastorno depresivo mayor, este riesgo alcanza su valor máximo cuando ambos padres han padecido la patología o cuando la depresión se extiende hasta 2 generaciones previas (55). También existen algunas investigaciones que señalan la existencia de una relación entre la gravedad del episodio depresivo y el historial familiar de depresión, encontrando casos más graves en personas con ascendencia que ha sufrido esta patología (56–58). Con los datos mencionados se recalca que, a pesar de que en el presente estudio exista un número bajo de personas con antecedentes, la importancia de tomar en cuenta esto durante la valoración es fundamental ya que se puede diagnosticar a personas a una edad más temprana o evitar que se desarrollen episodios depresivos graves.

La mayor parte de participantes no presentaron una comorbilidad, sin embargo, en el grupo de las personas que sí lo hicieron se observaron las siguientes patologías: alcoholismo, problemas cardiovasculares y dolor crónico. La depresión es una enfermedad multifactorial y la presencia de comorbilidades es común en las personas que la padecen; en la mayor parte de ellas se evidencia un círculo vicioso que empeora la gravedad de la depresión o de la comorbilidad (59). En el caso del abuso del alcohol, las enfermedades cardiovasculares y el dolor crónico existe un mayor riesgo de presentar depresión (entre 2 a 3 veces mayor) lo cual se puede explicar debido a que estas personas pueden llegar a tener un deterioro en su estilo de vida o incluso en mayor medida a que, para estar personas, la adherencia al tratamiento para la comorbilidad o para la depresión se vuelve más complicada o difícil de seguir (60–64).

En el presente estudio se diagnosticó a la totalidad de pacientes con los criterios del CIE-10, si bien se realiza un diagnóstico adecuado es importante hacer mención de las recomendaciones de los doctores Williams y Nieuwsma que, en representación del grupo de UpToDate, sugieren el uso de métodos de screening como: BDI (Cuestionario de Depresión de Beck), EPDS (Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo), GDS (escala de Depresión Geriátrica), el PHQ 2 y el PHQ 9 (Cuestionario de Salud del Paciente) y el OMS-5 (Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud (65).

La mayor parte de la población tiene depresión moderada, a pesar de esto, un considerable número de personas (35%) se ubicaron dentro del espectro grave de la depresión. Un estudio realizado en 2022 (n=215) señaló que el 68% de personas con depresión grave no alcanzaban el mínimo de actividad física (66). Algunos estudios han encontrado una conexión entre la depresión y la malnutrición o las deficiencias alimentarias (67–69). Si bien cambio en los estilos de vida como la alimentación o la actividad física no curarán a los pacientes con depresión, sí promoverán una mejora en la gravedad de su patología y/o en la adherencia al tratamiento.

Con respecto a la ideación suicida se observa una preponderancia de personas sin ideación suicida o ideación suicida leve. A pesar de que se observan estas cifras es deber de los profesionales no desestimar la aparición o el agravamiento de la ideación suicida. Una persona que está deprimida, con insomnio, anhedonia y que enfrenta disforia y desesperanza general sobre el futuro podría concluir fácilmente que la vida no vale la pena, especialmente

si una reducción rápida de tal miseria no está disponible o no es posible. Además, la falta de alegría y placer, la disminución de la capacidad de concentración y expectativas de futuro desagradables, así como sentimientos de inutilidad y culpa, son todos síntomas que pueden resultar en el deseo de morir. Como Esquirol señaló: “El suicidio presenta todas las características de la locura de la que no es más que un síntoma” (70). Es deber de los profesionales dar importancia cuando se identifican ideaciones suicidas, así como es deber de las autoridades brindar los canales adecuado para que estas personas reciban ayuda.

## Capítulo VII Conclusiones y recomendaciones

### 7.1 Conclusiones

1. Se evidencia un diagnóstico tardío con respecto a la edad de las personas con depresión.
2. Se observa una escasa cantidad de pacientes diagnosticados de depresión con una etnia diferente a la mestiza.
3. Se obtuvo una población con un riesgo medio de presentar depresión acorde a la escolaridad observada.
4. Existieron muy pocas personas cuya depresión haya tenido alguna explicación probablemente familiar.
5. A breves rasgos no se observa, de manera general, que exista una relación entre las comorbilidades de los pacientes y la presencia de depresión.
6. Se utiliza casi como único método diagnóstico el método clínico (criterios CIE-10).
7. Existe un considerable número de personas con depresión grave.

## 7.2. Recomendaciones

1. Aplicar métodos de screening (BDI, EPDS, GDS, PHQ 2, PHQ 9 y OMS-5) en personas jóvenes (18 – 25 años).
2. Facilitar y garantizar el acceso a salud mental en todos los grupos poblacionales y etnias del Ecuador por medio de campañas difundidas por medios digitales y convencionales.
3. Promover la expansión de las políticas relacionadas con las oportunidades educativas, incentivando a las autoridades a aumentar el presupuesto de educación.
4. Hacer énfasis en la búsqueda de antecedentes familiares al iniciar un presunto diagnóstico de depresión.
5. Identificar comorbilidades o situaciones que puedan complicar el diagnóstico o tratamiento de depresión.
6. Ampliar el abanico de métodos de diagnóstico para depresión.
7. Socializar continuamente los medios de contacto (Ecu-911; Teléfono de la Esperanza: (593) 2 6000477) para personas que piensen en cometer suicidio.

## Referencias

1. McCarron RM, Shapiro B, Rawles J, Luo J. Depression. *Ann Intern Med* [Internet]. el 1 de mayo de 2021 [citado el 26 de febrero de 2023];174(5):ITC65–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33971098/>
2. Oliffe JL, Rossnagel E, Seidler ZE, Kealy D, Ogradniczuk JS, Rice SM. Men's Depression and Suicide. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. el 1 de octubre de 2019 [citado el 26 de febrero de 2023];21(10). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31522267/>
3. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet* [Internet]. el 24 de noviembre de 2018 [citado el 26 de febrero de 2023];392(10161):2299–312. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30396512/>
4. Dean J, Keshavan M. The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian J Psychiatr* [Internet]. el 1 de junio de 2017 [citado el 26 de febrero de 2023];27:101–11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28558878/>
5. Ribeiro Â, Ribeiro JP, von Doellinger O. Depression and psychodynamic psychotherapy. *Braz J Psychiatry* [Internet]. el 1 de enero de 2018 [citado el 26 de febrero de 2023];40(1):105–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28614491/>
6. Sampogna G, del Vecchio V, Giallonardo V, Luciano M, Fiorillo A. Diagnosis, Clinical Features, and Therapeutic Implications of Agitated Depression. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. el 1 de marzo de 2020 [citado el 26 de febrero de 2023];43(1):47–57. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32008687/>
7. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2021 [citado el 26 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
8. Organización Mundial de la Salud. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. World Health Organization; 2017 [citado el 26 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
9. Ministerio de Salud Pública. Este 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud, con el tema “Depresión: Hablemos” – Ministerio de Salud Pública [Internet]. 2021 [citado el 26 de febrero 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/>

10. Erazo M, Fors M. Depresión: Una experiencia del Hospital del Adulto mayor, Quito, Ecuador, 2018. *Bionatura* [Internet]. 2020 [citado el 26 de febrero de 2023];5(3):1230–6. Disponible en: <http://revistabionatura.com/2020.05.03.11.html>
11. Muñoz K, Arévalo C. Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes de 14 a 18 años en la Unidad Educativa Luis Cordero, Azogues-2019 [Internet]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2019 [citado el 26 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/33485/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
12. Burca N, Carrasco P. Prevalencia de Depresión y Factores Asociados en Estudiantes Universitarios de la Ciudad de Cuenca-Ecuador [Internet]. [Cuenca]: Universidad del Azuay; 2015 [citado el 26 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4996/1/11434.pdf>
13. Organización Panamericana de la Salud. La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo - OPS/OMS [Internet]. 2022 [citado el 26 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
14. Guerra M, Prina AM, Ferri CP, Acosta D, Gallardo S, Huang Y, et al. A comparative cross-cultural study of the prevalence of late life depression in low and middle income countries. *J Affect Disord* [Internet]. el 15 de enero de 2016 [citado el 26 de febrero de 2023];190:362–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26544620/>
15. Paz C, Mascialino G, Adana-Díaz L, Rodríguez-Lorenzana A, Simbaña-Rivera K, Gómez-Barreno L, et al. Anxiety and depression in patients with confirmed and suspected COVID-19 in Ecuador. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. el 1 de octubre de 2020 [citado el 26 de febrero de 2023];74(10):554–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32609409/>
16. Pratt L, Brody D. Products - Data Briefs - Number 172 - December 2014. *NCHS Data Brief* [Internet]. diciembre de 2014 [citado el 26 de febrero de 2023];172. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db172.htm>
17. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, et al. [Impact of SARS-CoV-2 (Covid-19) on the mental health of healthcare professionals: a systematic review.]. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. el 23 de julio de 2020 [citado el 26 de febrero de 2023];94:e202007088–e202007088. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/32699204>

18. 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. *The Lancet* [Internet]. el 6 de noviembre de 2021 [citado el 26 de febrero de 2023];398(10312):1700–12. Disponible en: <http://www.thelancet.com/article/S0140673621021437/fulltext>
19. Psychological Association A. APA CLINICAL PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts GUIDELINE DEVELOPMENT PANEL FOR THE TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS APPROVED BY APA COUNCIL OF REPRESENTATIVES. 2019 [citado el 26 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://www.apa.org/depression-guideline>
20. Hammen C. Risk Factors for Depression: An Autobiographical Review. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. el 7 de mayo de 2018 [citado el 26 de febrero de 2023];14:1–28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29328780/>
21. IsHak WW, Wen RY, Naghdechi L, Vanle B, Dang J, Knosp M, et al. Pain and Depression: A Systematic Review. *Harv Rev Psychiatry* [Internet]. el 1 de noviembre de 2018 [citado el 26 de febrero de 2023];26(6):352–63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30407234/>
22. Rivero-Santana A, Perestelo-Perez L, Alvarez-Perez Y, Ramos-Garcia V, Duarte-Diaz A, Linertova R, et al. Stepped care for the treatment of depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. el 1 de noviembre de 2021 [citado el 26 de febrero de 2023];294:391–409. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34315101/>
23. Dubovsky SL, Ghosh BM, Serotte JC, Cranwell V. Psychotic Depression: Diagnosis, Differential Diagnosis, and Treatment. *Psychother Psychosom* [Internet]. el 1 de abril de 2021 [citado el 26 de febrero de 2023];90(3):160–77. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33166960/>
24. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, et al. Screening for Depression in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* [Internet]. el 26 de enero de 2016 [citado el 26 de febrero de 2023];315(4):380–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26813211/>
25. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care?: A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *The British Journal of General Practice* [Internet]. el 2 de febrero de 2007 [citado el 26 de febrero de 2023];57(535):144. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/162034175/>

26. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* [Internet]. el 15 de noviembre de 2003 [citado el 26 de febrero de 2023];327(7424):1144–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14615341/>
27. Zülke AE, Kersting A, Dietrich S, Luck T, Riedel-Heller SG, Stengler K. [Screening Instruments for the Detection of Male-Specific Symptoms of Unipolar Depression - A Critical Overview]. *Psychiatr Prax* [Internet]. el 1 de mayo de 2018 [citado el 26 de febrero de 2023];45(4):178–87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29237200/>
28. Parker G, Hadzi-Pavlovic D. Do Hamilton depression scale items have the capacity to differentiate melancholic and non-melancholic depressive sub-types? *J Affect Disord* [Internet]. el 1 de septiembre de 2020 [citado el 26 de febrero de 2023];274:1022–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32663928/>
29. Benedetti A, Wu Y, Levis B, Wilchesky M, Boruff J, Ioannidis JPA, et al. Diagnostic accuracy of the Geriatric Depression Scale-30, Geriatric Depression Scale-15, Geriatric Depression Scale-5 and Geriatric Depression Scale-4 for detecting major depression: protocol for a systematic review and individual participant data meta-analysis. *BMJ Open* [Internet]. el 1 de diciembre de 2018 [citado el 26 de febrero de 2023];8(12). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30518594/>
30. Bica T, Castelló R, Toussaint LL, Montesó-Curto P. Depression as a Risk Factor of Organic Diseases: An International Integrative Review. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. el 1 de julio de 2017 [citado el 26 de febrero de 2023];49(4):389–99. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28692781/>
31. O'Callaghan G, Stringaris A. Reward Processing in Adolescent Depression Across Neuroimaging Modalities. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* [Internet]. el 1 de noviembre de 2019 [citado el 26 de febrero de 2023];47(6):535–41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30957688/>
32. Babulal GM, Roe CM, Stout SH, Rajasekar G, Wisch JK, Benzinger TLS, et al. Depression is Associated with Tau and Not Amyloid Positron Emission Tomography in Cognitively Normal Adults. *J Alzheimers Dis* [Internet]. 2020 [citado el 26 de febrero de 2023];74(4):1045–55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32144985/>
33. Kalyoncu A, Gonul AS. The Emerging Role of SPECT Functional Neuroimaging in Schizophrenia and Depression. *Front Psychiatry* [Internet]. el 15 de diciembre de 2021 [citado el 26 de febrero de 2023];12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34975556/>

34. 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 26 de febrero de 2023];59(9):7–11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34459676/>
35. 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 26 de febrero de 2023];77(7):694–702. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32186668/>
36. Wenzel A. Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. el 1 de diciembre de 2017 [citado el 26 de febrero de 2023];40(4):597–609. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29080588/>
37. 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 26 de febrero de 2023];21(12). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31760505/>
38. Jiang C, Zhou H, Chen L, Zhou Z. Problem Solving Therapy Improves Effortful Cognition in Major Depression. *Front Psychiatry* [Internet]. el 7 de abril de 2021 [citado el 26 de febrero de 2023];12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33897483/>
39. Park La, Zarate C. Depression in the Primary Care Setting. *N Engl J Med* [Internet]. 2019 [citado el 26 de febrero de 2023];380(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30726688/>
40. Qaseem A, Snow V, Denberg TD, Forcica MA, Owens DK. Using second-generation antidepressants to treat depressive disorders: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. el 18 de noviembre de 2008;149(10):725–33.
41. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica (GPC). Ecuador; 2017.
42. Meltzer HY, Gadaleta E. Contrasting Typical and Atypical Antipsychotic Drugs. *Focus (Am Psychiatr Publ)* [Internet]. enero de 2021 [citado el 26 de febrero de 2023];19(1):3–13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34483761/>
43. Plana-Ripoll O, Momen NC, McGrath JJ, Wimberley T, Brikell I, Schendel D, et al. Temporal changes in sex- and age-specific incidence profiles of mental disorders—A nationwide study from 1970 to 2016. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. el 1 de junio de

- 2022 [citado el 5 de marzo de 2023];145(6):604–14. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.13410>
44. Medici CR, Videbech P, Gustafsson LN, Munk-Jørgensen P. Mortality and secular trend in the incidence of bipolar disorder. *J Affect Disord.* el 1 de septiembre de 2015;183:39–44.
  45. el Universo. Escasa inversión en salud mental | Editoriales | Opinión | El Universo [Internet]. 2023 [citado el 5 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.eluniverso.com/opinion/editoriales/escasa-inversion-en-salud-mental-nota/>
  46. Lu J, Xu X, Huang Y, Li T, Ma C, Xu G, et al. Prevalence of depressive disorders and treatment in China: a cross-sectional epidemiological study. *Lancet Psychiatry.* el 1 de noviembre de 2021;8(11):981–90.
  47. Mikkelsen C, Larsen MAH, Sørensen E, Hansen TF, Mikkelsen S, Erikstrup C, et al. Prevalence of major depressive disorder in 51,658 otherwise healthy adult Danes: Sex differences in symptomatology and prediction of future anti-depressive medication. *Psychiatry Res.* el 1 de diciembre de 2022;318:114944.
  48. 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 5 de marzo de 2023];75(4):336–46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29450462/>
  49. Bailey RK, Mokonogho J, Kumar A. Racial and ethnic differences in depression: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2019 [citado el 5 de marzo de 2023];15:603. Disponible en: </pmc/articles/PMC6390869/>
  50. Blue Cross and Blue Shield. Racial disparities in diagnosis and treatment of major depression [Internet]. 2022 [citado el 5 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.bcbs.com/the-health-of-america/reports/racial-disparities-diagnosis-and-treatment-of-major-depression>
  51. Williams MT, Chapman LK, Wong J, Turkheimer E. The role of ethnic identity in symptoms of anxiety and depression in African Americans. *Psychiatry Res* [Internet]. el 30 de agosto de 2012 [citado el 5 de marzo de 2023];199(1):31–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22513043/>
  52. Patria B. The longitudinal effects of education on depression: Finding from the Indonesian national survey. *Front Public Health.* el 20 de octubre de 2022;10:4014.

53. Cohen AK, Nussbaum J, Weintraub MLR, Nichols CR, Yen IH. Association of Adult Depression With Educational Attainment, Aspirations, and Expectations. *Prev Chronic Dis.* 2020;17.
54. Levinson D. Major Depression and Genetics | Genetics of Brain Function | Stanford Medicine [Internet]. 2023 [citado el 5 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://med.stanford.edu/depressiongenetics/mddandgenes.html>
55. Van Dijk MT, Murphy E, Posner JE, Talati A, Weissman MM. Association of Multigenerational Family History of Depression With Lifetime Depressive and Other Psychiatric Disorders in Children: Results from the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) Study. *JAMA Psychiatry* [Internet]. el 1 de julio de 2021 [citado el 7 de marzo de 2023];78(7):778–87. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2778480>
56. Gronemann FH, Jacobsen RK, Wium-Andersen MK, Jørgensen MB, Osler M, Jørgensen TSH. Association of Familial Aggregation of Major Depression With Risk of Major Depression. *JAMA Psychiatry* [Internet]. el 8 de febrero de 2023 [citado el 7 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2801423>
57. Monroe SM, Slavich GM, Gotlib IH. Life Stress and Family History for Depression: The Moderating Role of Past Depressive Episodes. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2014 [citado el 7 de marzo de 2023];49(1):90. Disponible en: </pmc/articles/PMC3918432/>
58. Gronemann FH, Jacobsen RK, Wium-Andersen MK, Jørgensen MB, Osler M, Jørgensen TSH. Association of Familial Aggregation of Major Depression With Risk of Major Depression. *JAMA Psychiatry* [Internet]. el 8 de febrero de 2023 [citado el 7 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2801423>
59. Watson S, Casarella J. Alcohol Use, Abuse, and Depression: Is There a Connection? [Internet]. 2022 [citado el 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.webmd.com/depression/guide/alcohol-and-depresssion>
60. Kuria MW, Ndeti DM, Obot IS, Khasakhala LI, Bagaka BM, Mbugua MN, et al. The Association between Alcohol Dependence and Depression before and after Treatment for Alcohol Dependence. *ISRN Psychiatry* [Internet]. el 26 de enero de 2012 [citado el 7 de marzo de 2023];2012:1–6. Disponible en: </pmc/articles/PMC3658562/>
61. Natinal Heart Lung and Blood Institute. Cardiopatía y depresión: una relación bidireccional | NHLBI, NIH [Internet]. 2017 [citado el 7 de marzo de 2023]. Disponible

- en: <https://www.nhlbi.nih.gov/news/2017/heart-disease-and-depression-two-way-relationship>
62. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *Eur Heart J* [Internet]. el 1 de junio de 2014 [citado el 7 de marzo de 2023];35(21):1365–72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24282187/>
  63. Sheng J, Liu S, Wang Y, Cui R, Zhang X. The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain. *Neural Plast* [Internet]. el 19 de junio de 2017 [citado el 7 de marzo de 2023];2017. Disponible en: </pmc/articles/PMC5494581/>
  64. Fulghum D, Nazario B. Depression and Chronic Pain: Causes and Treatments [Internet]. 2021 [citado el 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.webmd.com/depression/guide/depression-chronic-pain>
  65. Williams J, Nieuwsma J, Elmore J, Roy P, Givens J. Screening for depression in adults - UpToDate [Internet]. 2023 [citado el 7 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression-in-adults?search=depression&source=search\\_result&selectedTitle=5~150&usage\\_type=default&display\\_rank=5#H22016477](https://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression-in-adults?search=depression&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5#H22016477)
  66. Cody R, Beck J, Brand S, Donath L, Eckert A, Faude O, et al. Depression severity and psychosocial determinants of physical activity behavior in in-patients with major depressive disorders. *Psychol Sport Exerc*. el 1 de noviembre de 2022;63:102294.
  67. Molendijk M, Molero P, Ortuño Sánchez-Pedreño F, Van der Does W, Angel Martínez-González M. Diet quality and depression risk: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *J Affect Disord*. el 15 de enero de 2018;226:346–54.
  68. Li Y, Lv MR, Wei YJ, Sun L, Zhang JX, Zhang HG, et al. Dietary patterns and depression risk: A meta-analysis. *Psychiatry Res*. el 1 de julio de 2017;253:373–82.
  69. Kris-Etherton PM, Petersen KS, Hibbeln JR, Hurley D, Kolick V, Peoples S, et al. Nutrition and behavioral health disorders: depression and anxiety. *Nutr Rev* [Internet]. el 1 de marzo de 2021 [citado el 7 de marzo de 2023];79(3):247. Disponible en: </pmc/articles/PMC8453603/>
  70. Pompili M. Critical appraisal of major depression with suicidal ideation. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. el 31 de mayo de 2019 [citado el 7 de marzo de 2023];18(1):7. Disponible en: </pmc/articles/PMC6543655/>

## Anexos

### Anexo A: Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Escala
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Biológica	Base de datos	<b>Cuantitativa</b> <b>Continua</b> - 18 – 34 años - 35 – 64 años - Mayor o igual a 65 años
<b>Sexo</b>	Características genotípicas	Biológica	Base de datos	<b>Cualitativa</b> <b>Nominal</b> - Hombre - Mujer
<b>Etnia</b>	Grupo biopsicosocial con el que se autoidentifica una persona	Fenotipo	Base de datos	<b>Cualitativa</b> <b>Nominal</b> - Mestiza - Negra - Indígena - Blanco - Montubio - Otra
<b>Instrucción académica</b>	Grados académicos de escolaridad alcanzada por una persona	Académica	Base de datos	<b>Cualitativa</b> <b>Ordinal</b> - Ninguna - Primaria - Secundaria - 3er nivel - 4to nivel - Tecnología - Otra
<b>Antecedentes familiares de depresión</b>	Presencia de familiares directos con diagnóstico de depresión	Clínica	Base de datos	<b>Cualitativa</b> <b>Nominal</b> - Sí - No
<b>Comorbilidades</b>	Enfermedades que coexisten con la depresión	Clínica	Base de datos	<b>Cualitativa</b> <b>Nominal</b> - Hipotiroidismo - Alcoholismo - Problemas cardiovasculares - Diabetes - Dolor crónico - Trastornos neurológicos - Otras

<b>Método de diagnóstico</b>	Instrumento utilizado para llegar al diagnóstico de depresión	Clínica	Base de datos	<b>Cualitativa Nominal</b> - CIE-10 - DSM-V
<b>Gravedad de la depresión</b>	Magnitud basada en escalas que permite identificar el grado de depresión en el que se encuentra una persona	Clínica	Base de datos	<b>Cualitativa Ordinal</b> - Leve - Moderado - Grave sin síntomas psicóticos - Grave con síntomas psicóticos
<b>Ideación suicida</b>	Pensamiento recurrente sobre terminar la vida	Clínica	Base de datos	<b>Cualitativa Ordinal</b> - Inexistente - Leve - Moderada - Grave - Extrema
<b>Psicoterapia</b>	Terapia de apoyo para el tratamiento de depresión	Clínica	Base de datos	<b>Cualitativa Nominal</b> - Sí - No
<b>Tratamiento farmacológico</b>	Fármaco elegido para tratar el cuadro de depresión	Clínica	Base de datos	<b>Cualitativa Nominal</b> - Tricíclicos - ISRS - IRSN - IMAO

## Anexo B: Formulario de recolección de datos

<b>Universidad de Cuenca</b> <b>Facultad de Ciencias Médicas</b> <b>Escuela de Medicina</b>						
<b>FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>						
“Caracterización clínica de pacientes con depresión en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho de Cuenca, 2020”						
Formulario número: _____			Código: _____			
<b>DATOS PERSONALES</b>						
<b>Edad</b>	18 – 34 años	1	<b>Etnia</b>	Mestiza	1	
	35 – 64 años	2		Negra	2	
	Mayor o igual a 65 años	3		Indígena	3	
<b>Sexo</b>	Hombre	1		Blanco	4	
	Mujer	2		Montubio	5	
<b>Antecedentes familiares</b>	Sí	1		Otra	6	
	No	2		<b>Instrucción</b>	Ninguna	1
<b>Comorbilidades</b>	Hipotiroidismo	1	Primaria		2	
	Alcoholismo	2	Secundaria		3	
	Problemas cardiovasculares	3	3er nivel		4	
	Diabetes	4	4to nivel		5	
	Dolor crónico	5	Tecnología		6	
	Trastornos neurológicos	6	Otra		7	
	Otras	7	<b>Método de diagnóstico</b>		CIE-10	1
	Hipotiroidismo	8		DSM-V	2	
<b>Ideación suicida</b>	Inexistente	1	<b>Gravedad del episodio depresivo</b>	Leve	1	
	Leve	2		Moderado	2	
	Moderada	3		Grave sin síntomas psicóticos	3	
	Grave	4	Grave con síntomas psicóticos	4		
	Extrema	5	<b>Psicoterapia</b>	Sí	1	
		No		2		
		<b>Tratamiento farmacológico</b>	Tricíclicos	1		
			ISRS	2		
			IRSN	3		
			IMAO	4		

## Anexo C: Autorización para la recolección de datos

	<b>55</b> AÑOS Sirviendo a Cuenca y al Ecuador
---	--

Oficio CRA-DG-2022-232

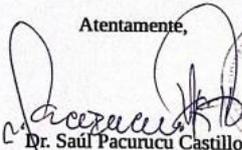
Cuenca, 20 de septiembre de 2022

Doctora  
Lorena Encalada  
**DIRECTORA DE CARRERA DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
En su despacho.

De mi consideración:

En relación a su atento oficio en el que solicita acceso a información estadística para realizar el proyecto de tesis "CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE ADULTOS CON DEPRESIÓN ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO HUMBERTO UGALDE CAMACHO DURANTE EL PERÍODO 2020", me permito indicar que ha sido aceptada, para lo cual deberá acercarse al Departamento de Estadística para el acceso a la información, misma que deberá manejarse con absoluta confidencialidad.

Aprovecho la oportunidad para expresar el sentimiento de consideración y suscribo

Atentamente,  
  
Dr. Saúl Pacurucu Castillo  
**DIRECTOR GENERAL DEL C.R.A.**



NICANOR CORRAL N° 1-83 Y AV. 10 DE AGOSTO  
TELEFONOS: (593-7) 409 6200 / 409 8261 / 409 6524  
E-MAIL: cracu@uc.edu.ec