

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema: Determinación de los síntomas depresivos más frecuentes e incapacitantes a través del Test de Beck en un grupo de mujeres que acuden a diversos centros de Salud Mental del Distrito Metropolitano de Quito, durante el periodo Agosto 2008 a Febrero 2009

Tesis previa a la obtención del título de Licenciado en Psicología

AUTOR: DIEGO ROBERTO MERA ORCÉS

ESPECIALIDAD: PSICOLOGÍA

DIRECTOR DE TESIS:

Lic. Byron Bustamante

CENTRO UNIVERSITARIO ASOCIADO: QUITO

Quito – Ecuador

2009

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

Conste por el presente documento la cesión de los derechos en Tesis de Grado, de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA.- El Licenciado Byron Bustamante, por sus propios derechos, en calidad de Director de Tesis; y el estudiante Diego Roberto Mera Orcés, por sus propios derechos, en calidad de autor de Tesis.

SEGUNDA.

UNO.- El señor Diego Roberto Mera Orcés, realizó la Tesis titulada: **“Determinación de los síntomas depresivos más frecuentes e incapacitantes a través del Test de Beck en un grupo de mujeres que acuden a diversos centros de Salud Mental del Distrito Metropolitano de Quito, durante el periodo Agosto 2008 a Febrero 2009”**, para optar por el título de Licenciado en Psicología en la Universidad Técnica Particular de Loja, bajo la dirección del Licenciado Byron Bustamante.

DOS.- Es política de la Universidad que las tesis de grado se apliquen y materialicen en beneficio de la comunidad.

TERCERA.- Los comparecientes, en calidad de Director de tesis y el autor, por medio del presente instrumento, tienen a bien ceder en forma gratuita sus derechos en la Tesis de Grado titulada **“Determinación de los síntomas depresivos más frecuentes e incapacitantes a través del Test de Beck en un grupo de mujeres que acuden a diversos centros de Salud Mental del Distrito Metropolitano de Quito, durante el periodo Agosto 2008 a Febrero 2009”** a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja; y, conceden autorización para que la Universidad pueda utilizar esta Tesis en su beneficio y/o de la comunidad, sin reserva alguna.

CUARTA.- Aceptación.- las partes declaran que aceptan expresamente todo lo estipulado en la presente cesión de derechos.

Para constancia suscriben la presente cesión de derechos, en la ciudad de Loja, a los dieciséis días del mes de octubre del año dos mil nueve.

.....
Lic. Byron Bustamante Granda
DIRECTOR DE TESIS

.....
Dr. Diego Mera Orcés
AUTOR

CERTIFICACIÓN

Lic. Byron Bustamante
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe de investigación, que se ajusta a las normas establecidas por la Escuela de Psicología, de la Modalidad Abierta y Distancia, de la Universidad Técnica Particular de Loja; por tanto, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

.....

Lic. Byron Bustamante
1104185697

Loja, 27 de Agosto del 2009

AUTORÍA

Las ideas y contenidos expuestos en el presente informe de investigación, son de exclusiva responsabilidad del autor.

F.....

Diego Roberto Mera Orcés

CI: 1710908706

DEDICATORIA

A mi padre por su ejemplo y sabiduría, a mi madre por su fortaleza y cariño, a Julia por su compañía y paciencia y a Felipe a mi razón de vida.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a los Centros de Salud Mental de la ciudad de Quito, conjuntamente con el Instituto de Postgrado de la Universidad Central del Ecuador en especial a su director de Postgrado de Psiquiatría Dr. Vladimiro Oña, a sus tutores por su apertura y colaboración. A la Universidad Técnica Particular de Loja Modalidad a Distancia por el apoyo como institución educativa y a su docente Byron Bustamante por su colaboración y tiempo.

A mis padres por su apoyo incondicional de vida y cariño, a mi familia por sus sugerencias, Julia por su compañía y sus cambios técnicos, y Felipe por la maravilla de vida que me das.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Página
1.- RESUMEN.....	1
2.- INTRODUCCIÓN.....	2
3. MARCO TEÓRICO.....	5
3.1. Capítulo I.....	5
3.2. Capítulo II.....	41
4. METODOLOGÍA.....	44
5. RESULTADOS OBTENIDOS.....	56
6. DISCUSIÓN.....	101
7. CONCLUSIONES.....	107
8.- RECOMENDACIONES.....	109
9.- BIBLIOGRAFÍA.....	110
10.- ANEXOS.....	115

1.- RESUMEN

El presente trabajo es un estudio que determina los síntomas depresivos más frecuentes e incapacitantes, que se han determinado a través de la aplicación del Test de Beck, en un grupo de mujeres que acudieron a diversos centros de Salud Mental del Distrito Metropolitano de Quito, durante el periodo Agosto 2008 a Febrero 2009.

Mediante este trabajo investigativo inicial y preparatorio, realizado con metodología descriptiva y de estudio de casos, se aprecia estos resultados del Test de Beck: el mayor porcentaje de las mujeres investigadas el 45% (n=90), no presentan depresión, el 23.5% (n=47) tienen resultados que les ubican en depresión moderada, el 18.5% (n=37) de las mujeres tienen depresión leve y el 13% (n=26) mujeres demuestran en sus resultados, depresión severa.

En lo que respecta a nuestros objetivos de investigación, se ha determinado que: los síntomas que con mayor frecuencia se han calificado como “muy intensos” (las respuestas que presentan el valor más alto en cada reactivo del test) para todas las mujeres investigadas son: para el 15.5% (n=31) corresponden a síntomas de cambios del sueño y pérdida de interés del sexo, seguidos por el 13% (n=26) mujeres con sentimientos de castigo y autocríticas, seguidas del 10.5% (n=21) con cambios de apetito, el 10% (n=20) de síntomas de llanto e indecisión, seguida del 9% (n=18) de síntomas de irritabilidad, y finalmente con el 8.5% (n=17) de las mujeres con síntomas de pesimismo y sentimientos de fracaso.

En relación de los síntomas muy intensos y la depresión severa (N=26) el mayor porcentaje de las mujeres un 76.9% (n=20) presentan síntomas muy intensos de: sentimientos de castigo, el 53.84% (n=14) pérdida de interés en el sexo, el 50% (n=13) indecisión, el 46.2% (n=12) sentimientos de pesimismo, de sentimientos de fracaso, autocríticas y cambios en el patrón de sueño. Finalmente el 42.3% (n=11) presentan síntomas muy intensos de dificultad de concentración, el 38.5% (n=10) llanto y el 34,6 % (n=9) presentan síntomas muy intensos de cambios en el apetito.

2.- INTRODUCCIÓN

La depresión en primer lugar es un síntoma, que a veces se presenta con carácter exclusivo o casi exclusivo, a veces acompañado a otros que tiene o no relación directa. En segundo lugar, la depresión es un síndrome en el que lo nuclear del mismo es la tristeza, pero que, como tal síndrome, se enlaza con los síntomas que lo constituyen, con la suficiente constancia en su presentación conjunta como para inferir, lícitamente, una relación con el conjunto. Ese conjunto de síntomas, el síndrome, puede ser objeto, por sí mismo, de un análisis particular. En tercer lugar, la depresión es una enfermedad, cuya manifestación habitual es el síndrome depresivo y dentro de él síntoma habitual: la tristeza y sobre la cual puede indagarse con referencia a sus aspectos concretos (etiología, patogenia, forma de curso, final y tratamiento). (1)

Según un informe de la OMS (WHO, 2004, la depresión representa la principal causa de discapacidad en la región europea, y constituye la patología psíquica más prevalente a nivel mundial, afectando alrededor de 340 millones de personas. En dicho documento también se anticipa que, para el año 2020, la depresión mayor se convertirá en la segunda causa de pérdida de años de vida saludable en la población mundial. (2)

La prevalencia de depresión mayor a lo largo de la vida es del 10-25% para las mujeres y del 5-12% para los varones, y la recurrencia de los trastornos afectivos constituye un problema médico grave. En Estados Unidos, el 85% de los pacientes con un episodio de depresión mayor padecerá alguna recurrencia, con un aumento de la gravedad evidente de cada uno de los episodios siguientes. (3)

La depresión es un trastorno frecuente y costoso. En Estados Unidos, el trastorno depresivo mayor afecta al 16,2% de los adultos en algún momento de su vida. El informe de la Organización Mundial de la Salud de 2001 clasificó la depresión como «la cuarta enfermedad causante de mayor carga económica, que es responsable del 4,4% de los años de vida ajustados al grado de discapacidad y la principal

causa de años vividos con una discapacidad, explicando el 11,9% de los años de invalidez». (4)

La existencia de una mayor prevalencia de depresión en mujeres que en hombres se ha encontrado de forma consistente tanto en estudios epidemiológicos como clínicos, y así como en diferentes culturas. (5)

“Varios estudios longitudinales han encontrado un peor pronóstico en las mujeres: éstas parecen presentar con más frecuencia un curso más crónico y recurrente con episodios más largos. Un trabajo reciente que examina las diferencias de género en depresión crónica (incluye depresión mayor y distimia) también encuentra que las mujeres con depresión presentan más gravedad, y el curso de la enfermedad les provoca más discapacidad y peor calidad de vida”. (5)

Según estadísticas del INEC, en el año 2000, dentro de las enfermedades mentales, la depresión ocupa el segundo puesto con el 16.2% de hospitalizados, dentro de estos casos las mujeres son las más afectadas, representando el 65.55%. Estos datos en el 2007 de un total de 920047 de egresos hospitalarios en todo el Ecuador existieron 2205 con diagnósticos de trastornos de humor y dentro de estos casos 1437 pertenecen a mujeres. (6)

En un estudio realizado en Quito en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica del Ecuador se encontró una prevalencia de depresión de mujeres del 32% y de hombres del 25,3%. (7)

Este estudio estuvo compuesto por 200 mujeres que acudieron a diversos centros de Salud Mental del Distrito Metropolitano de Quito. (“Hospital Julio Endara”, “Subcentro de Chimbacalle”, “Hospital SOLCA Quito”, “Hospital San Juan de Dios”, y “Clínica Guadalupe”). Cumplieron los siguientes criterios de inclusión: Mujeres que acuden a la consulta de salud mental de los centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito, edad entre 15 y 65 años, aceptación voluntaria para llenar el test y ser paciente alfabeto.

Para la investigación se aplicó el inventario para la depresión de Beck tomando como referencia el “An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561-571” y se preguntó datos sobre edad, estado civil, instrucción y ocupación. En cuanto al Inventario de Depresión de Beck, se lo utilizó debido a que es usado ampliamente a nivel mundial, es de fácil aplicación y está estandarizado también en Latinoamérica. (8)

El objetivo general de esta tesis es determinar los síntomas depresivos más frecuentes e incapacitantes a través del Test de Beck que se presentan en un grupo de mujeres que acuden a diversos centros de Salud Mental del Distrito Metropolitano de Quito.

Los objetivos específicos, son: “establecer diferencias de depresión según el test de Beck en el grupo de de mujeres que acuden a diversos centros de Salud Mental del Distrito Metropolitano de Quito”, “Determinar de las principales características socio demográficas en el grupo de mujeres que acuden a diversos centros de Salud Mental del Distrito Metropolitano de Quito” y “Determinar los síntomas depresivos más frecuentes que producen mayor discapacidad en el grupo de mujeres que acuden a diversos centros de Salud Mental del Distrito Metropolitano de Quito”.

Este estudio nos demuestra que en la depresión como síndrome, existe una asociación de múltiples factores como normas culturales, valores, el nivel socioeconómico, la presencia de acontecimientos adversos, la presencia de conflictividad familiar y de pareja entre otros.

El presente estudio determina los síntomas depresivos más frecuentes e incapacitantes identificados a través del Test de Beck, en un grupo de mujeres, dicho trabajo se realizó con la finalidad de identificar factores relacionados y proponer estrategias de ayuda y la difusión de dichos datos a la población ecuatoriana.

3. - MARCO TEÓRICO

3.1. CAPÍTULO I “DEPRESIÓN”

3.1.1. TEORÍA DE BECK SOBRE LA DEPRESIÓN Y SU TRATAMIENTO

La teoría de Beck evidencia una gran claridad semántica, con conceptos que se definen claramente y de forma constante. En y entre las descripciones de las investigaciones, Beck usa términos, ideas, definiciones y conceptos de una manera que reflejan crecimiento, de forma que se entiende con facilidad. Aunque su investigación y sus escritos usan tanto lenguaje inductivo como el deductivo, sus palabras son tan equitativas como claras. (9)

Sobre 1956, A. Beck trabajaba como clínico e investigador psicoanalista. Su interés estaba centrado por entonces en reunir evidencia experimental de que en las depresiones encontraría elementos de una "hostilidad vuelta contra sí mismo" en los pacientes depresivos tal como se seguía de las formulaciones freudianas. Los resultados obtenidos no confirmaron esa hipótesis. Esto le llevó a cuestionarse la teoría psicoanalítica de la depresión y finalmente toda la estructura del psicoanálisis. Los datos obtenidos apuntaban más bien a que los pacientes depresivos "seleccionaban" focalmente su visión de sus problemas presentándolos como muy negativos. Esto unido a los largos análisis de los pacientes depresivos con la técnica psicoanalítica habitual, y con escasos resultados para tan alto costo, le hicieron abandonar el campo del psicoanálisis. Su interés se centró desde entonces en los aspectos cognitivos de la psicopatología y de la psicoterapia. (10)

En 1967 publicó "La depresión" que puede considerarse su primera obra en la que expone su modelo cognitivo de la psicopatología y de la psicoterapia. Varios años después publica "La terapia cognitiva y los trastornos emocionales" (1976) donde extiende su enfoque terapéutico a otros trastornos emocionales. Pero es su obra "Terapia cognitiva de la depresión" (1979) la que alcanza su máxima difusión y reconocimiento en el ámbito clínico. En esta obra no solo expone la naturaleza cognitiva del trastorno depresivo sino también la forma prototípica de estructurar un

caso en terapia cognitiva, así como descripciones detalladas de las técnicas de tratamiento. La obra referida llega así a convertirse en una especie de manual de terapia cognitiva. (10)

3.1.2. PRINCIPALES CONCEPTOS TEÓRICOS

Estructura de significado y psicopatología

“La terapia cognitiva (CT) es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y 1976)”. (10)

“El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de esquema cognitivo y en el ámbito clínico el de supuestos personales (Beck, 1979). Equivalen también a las creencias según la concepción de A. Ellis (1989 y 1990). Con todos estos términos equivalentes nos referimos a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma idiosincrática nuestra experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer "inactivos a lo largo del tiempo" y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas)”. (10)

Cognición

“Se refiere a la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no en el sistema de cogniciones de las personas podemos diferenciar (Beck, 1981):

- Un sistema cognitivo maduro-hace referencia al proceso de información real. Contiene los procesos que podemos denominar como racionales y de resolución de problemas a base de contrastación de hipótesis o verificación.
- Un sistema cognitivo primitivo-hace referencia a lo anteriormente expuesto bajo el epígrafe de supuestos personales. Esta organización cognitiva sería la predominante en los trastornos psicopatológicos. Esta forma de pensamiento es muy similar a la concepción freudiana de los "procesos primarios" y a la de Piaget de "egocentrismo" y primeras etapas del desarrollo cognitivo". (10)

Distorsión cognitiva y pensamientos automáticos

“Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos. Beck (1967 y 1979) identifica en la depresión no psicótica los siguientes:

- Inferencia arbitraria: se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.
- Abstracción selectiva: consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.
- Sobregeneralización: se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.
- Maximización y minimización: se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.

- Personalización: se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.
- Pensamiento dicotómico o polarización: se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios”. (10)

Otros autores han aumentado el repertorio de distorsiones cognitivas detectadas en distintos estados emocionales alterados (p.e Mckay, 1981). Lo esencial es destacar que aunque algunas distorsiones pueden ser específicas de determinados trastornos, lo normal es que estén implicados en diversos trastornos y estados emocionales alterados. Solo la organización cognitiva es idiosincrática y personal a cada individuo, aunque pueden encontrarse semejanzas en sus distorsiones y supuestos personales.

“Los pensamientos automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los supuestos personales. Las características generales de los pensamientos automáticos son (Mckay, 1981):

- Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.
- Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
- Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
- Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
- Suelen conllevar una visión de túnel: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos. Así tenemos: los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros, los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas, la gente crónicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable conducta de otros”. (10)

3.1.3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS

“Los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos (Beck, 1981). Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales: informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas; los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia; y el material introspectivo o de auto registro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones”. (10)

Una vez recogidos estos datos básicos, el terapeuta en colaboración con el paciente, pueden conceptualizarlo en tres niveles de abstracción:

- El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados, relacionados con sus áreas problemáticas. Estos datos se suelen obtener a partir de preguntas del siguiente estilo: "¿Cómo interpretaste la situación en que te sentiste mal?", "¿Qué significó para ti el que sucediera x?".
- Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos. Tipos comunes (ejemplo "creer que debe tener apoyo permanente para afrontar las situaciones", "aplicar el rechazo a situaciones personales", etc.); En función del tipo de error cognitivo o distorsión cognitiva (ejemplo "sobregeneralización", "polarización", etc); y en función del grado de realidad y adaptación de las cogniciones.
- Articular a modo de hipótesis los patrones cognitivos en significados personales o esquemas cognitivos subyacentes y tácitos. Esta articulación permitirá formular el núcleo cognitivo a la base de los problemas del paciente y permitirá su contrastación empírica.

“En resumen (Beck, 1979), el terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadores-pensamientos- afectos-conductas implicadas

como primer paso; después detecta los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los supuestos personales subyacentes, haciendo esto último en base a las distorsiones cognitivas más frecuentes, contenidos comunes (ejemplo: empleados en palabras "clave" o expresiones del paciente), como defiende el paciente una creencia y de momentos asintomáticos o "felices" del paciente (donde se suele confirmar el reverso del supuesto personal)". (10)

3.1.4. APLICACIONES PRÁCTICAS

La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, denominada en la CT "terapia a corto plazo" consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas). La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían vulnerable al sujeto. (10)

Los pasos anteriores tienen su puesta en práctica en distintos aspectos:

La relación terapéutica

El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas. El manejo de ciertas habilidades facilita la colaboración, en especial el de la empatía emocional y cognitiva (entender y reflejar él como el paciente parece vivir sus estados emocionales y su visión de su situación), la aceptación del cliente (no rechazarlo por sus características personales o tipo de problema presentado) y la sinceridad del terapeuta (pero con cierta diplomacia). (Beck, 1979).

Un punto importante es que lo que sucede en la relación entre terapeuta y paciente es entendido como reflejo del intercambio cognitivo entre ambos. Así los fenómenos de "resistencia", "transferencia" y "contratransferencia" serían resultado de las distorsiones cognitivas y supuestos personales y de otros factores (ejemplo: falta de acuerdo sobre las metas de la terapia, imposibilidad de proveer racionalidad en el tipo de cuestionamiento, etc.) (Beck, 1979). (10)

Estrategias de tratamiento

Una vez conceptualizados los problemas del paciente se genera un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales. Para ello el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide feedback de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asignan como tarea para casa a un área problema seleccionado.

Técnicas de tratamiento

- La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales.
- Finalidad de las técnicas cognitivas: facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Una vez detectados comprobar su validez.
- Finalidad de las técnicas conductuales: proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.

Conviene señalar que la CT, en principio, es "eclectica" en cuanto a las técnicas empleadas. Lo relevante es revisar y contrastar la validez, a modo de hipótesis, de las distorsiones y supuestos personales, el proceso que conlleva tal revisión. (10)

3.1.5. TÉCNICAS COGNITIVAS

Detección de pensamientos automáticos

Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos.

La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de auto registros como tarea entre sesiones. (10)

Clasificación de las distorsiones cognitivas

A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.

Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos

Puede hacerse de diferentes maneras: a partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis. Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba. Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente. Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente (sin duda el método más usado). Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares. (10)

Concretizar las hipótesis

Las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación. Para ello se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

Reatribución

El paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

Descentramiento

El paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante recogida de información proveniente de otros (p.e diseñando un experimento a modo de encuesta) puede comprobar esa hipótesis.

Descatastrofización

El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

Uso de imágenes

El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

Manejo de supuestos personales

Uso de preguntas: preguntar si la asunción le parece razonable, productiva o de ayuda. Preguntar por la evidencia para mantenerla. Listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa asunción. Diseñar un experimento para comprobar la validez de la sunción. (10)

3.1.6. TÉCNICAS CONDUCTUALES

Programación de actividades incompatibles

Se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema (ejemplo: actividad gimnástica en lugar de rumiar).

Escala de dominio/placer

El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona (ejemplo utilizando escalas de 0-10). Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.

Asignación de tareas graduadas

Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.

Entrenamiento asertivo

Se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.

Entrenamiento en relajación

Se utiliza para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y la inhiba a través de la distensión muscular.

Ensayo conductual y rol playing

Se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.

Exposición en vivo

El paciente se enfrenta de modo más o menos gradual a las situaciones temidas sin evitarlas, hasta que desconfirma sus expectativas aterrizantes y termina por habituarse a ellas. (10)

3.1.7. DEFINICIONES DE CADA UNO DE LOS SÍNTOMAS QUE SE ESTÁN ESTUDIANDO A TRAVÉS DEL TEST DE BECK

El test de Beck consta de 21 ítems (referencia: An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561-571), que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de la melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Los 21 conjuntos de reactivos fueron escritos de acuerdo con las directrices del DSM-IV para el diagnóstico de depresión, fueron diseñados para evaluar la intensidad de la depresión en personas normales y pacientes psiquiátricos. Los reactivos están compuestos por cuatro afirmaciones arregladas en orden de gravedad creciente con respecto a un síntoma particular de la depresión, concentrándose en los síntomas presentes durante las dos semanas previas a la evaluación. Es posible determinar calificación total. Por lo que atañe las clasificaciones por calificación total se tiene: de 0 a 10 se clasifica como normal, de 11 a 17 como depresión leve o media, de 18 a 29 como depresión de moderada y de 30 y más como depresión extremadamente severa. Las confiabilidades por

consistencia interna (coeficiente alfa) de las calificaciones totales son hasta 0.92. En el manual y en los resultados de cientos de estudios conducidos con estos instrumentos se presenta evidencia a favor de la validez del BDI y el BDI-II, incluyendo altas correlaciones con las calificaciones clínicas de la depresión. (11) A continuación en la siguiente tabla se define los 21 ítems que valora el test de Beck:

TABLA No. 1 Distribución de los 21 ítems que valora el test de Beck

TRISTEZA	Sentimiento o estado de quien se encuentra sin ánimo	0 No me siento triste habitualmente. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Me siento triste continuamente. 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
PESIMISMO	Propensión a ver y juzgar las cosas en su aspecto más desfavorable	0 No estoy desanimado sobre mi futuro. 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas mejoren. 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.
SENTIMIENTO DE FRACASO	Sentimientos de caída o ruina de una cosa con estrépito y destrucción	0 No me siento fracasado. 1 He fracasado más de lo que debería. 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. 3 Me siento una persona totalmente fracasada.
PÉRDIDA DE PLACER	Perdida de acción y efecto de satisfacer	0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes. 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
SENTIMIENTOS DE CULPA	Sentimiento de falta cometida a sabiendas y voluntariamente	0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable constantemente.
SENSACIÓN DE CASTIGO	Sensación de pena que se impone al que ha cometido un delito o falta	0 No siento que esté siendo castigado. 1 Siento que puedo ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.
INSATISFACCIÓN CON UNO MISMO	Desazón, incomodidad indefinible consigo mismo	0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. 1 He perdido confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusta.

AUTOCRÍTICAS	Acción de auto acusarse	0 No me critico o me culpo más que antes. 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. 2 Critico todos mis defectos. 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
PENSAMIENTOS O DESEOS SUICIDAS	Ideas de pensamientos suicidas	0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo. 2 Me gustaría suicidarme. 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
LLANTO	Efusión de lagrimas acompañadas frecuentemente de lamentos y sollozos	0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier cosa. 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.
AGITACIÓN	Excitar vivamente otros afectos	0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre. 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto. 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.
PÉRDIDA DE INTERÉS	Pérdida de interés a las actividades diarias, que se aísla o separa socialmente	0 No he perdido el interés por otras personas o actividades. 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades. 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas. 3 Me resulta difícil interesarme en algo.
INDECISIÓN	Irresolución, falta de decisión	0 Tomo decisiones más o menos como siempre. 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre. 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
INUTILIDAD	Sensación de sentirse inútil	0 No me siento inútil. 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser. 2 Me siento inútil en comparación con otras personas. 3 Me siento completamente inútil.
PÉRDIDA DE ENERGÍA	Disminución de energía, apartarse o abstenerse del trabajo.	0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía de la que solía tener. 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas. 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

CAMBIOS EN EL PATRÓN DE SUEÑO	Dificultades en dormir	<p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <p>1 a Duermo algo más de lo habitual.</p> <p>1 b Duermo algo menos de lo habitual.</p> <p>2 a Duermo mucho más de lo habitual.</p> <p>2 b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <p>3 a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3 b Me despierto una o dos horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>
IRRITABILIDAD	Irritable explosivo colérico	<p>0 No estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable continuamente.</p>
CAMBIOS EN EL APETITO	Carencia o cambios de apetito	<p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1 a Mi apetito es algo menor de lo habitual.</p> <p>1 b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <p>2 a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2 b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.</p> <p>3 a He perdido completamente el apetito.</p> <p>3 b Tengo ganas de comer continuamente.</p>
DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN	Carencia o dificultad en la concentración	<p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.</p> <p>3 No puedo concentrarme en nada.</p>
CANSANCIO O FATIGA	Falta de fuerzas que resulta de haberse fatigado	<p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p>
PÉRDIDA DEL INTERÉS EN EL SEXO	Carencia de interés sexual	<p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p> <p>3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>

Fuente: Fernández Rocío. (2007). Evaluación Psicológica. Pirámide. Madrid-España.
Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

3.1.8. GENERALIDADES DE DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) afecta al 3-5 % de la población mundial, lo que equivale a unos 120-200 millones de personas. A su vez los pacientes depresivos representan alrededor del 20% de enfermos de la consulta general y más de la mitad de los pacientes visitados en la consulta de psiquiatría. En un estudio realizado en tres localidades rurales de Castilla-La Mancha se encontró una prevalencia de trastornos depresivos entre usuarios de atención primaria del 17,6% y una prevalencia estimada en población general del 6,59%. (12)

La mayoría de los estudios no han encontrado claras diferencias en edad de inicio. Un estudio de Kornstein en una amplia muestra de pacientes con depresión mayor crónica, sin embargo, sí encontró una edad de inicio más temprana en mujeres.

“El interés por estudiar las diferencias de género en salud mental ha adquirido una especial relevancia durante estas últimas décadas. El área de los trastornos depresivos es una de las que ha generado más estudios, dada la alta prevalencia de estos trastornos en la población general y en especial entre las mujeres”. (5)

La investigación sobre diferencias de género en los trastornos mentales y, más específicamente, en los trastornos afectivos puede tener importantes implicaciones clínicas entre las que destaca la posibilidad de identificar subtipos clínicos o agrupaciones de síntomas específicos de cada sexo que supongan herramientas diagnósticas o tratamiento diferenciados.

La existencia de una mayor prevalencia de depresión en mujeres que en hombres se ha encontrado de forma consistente tanto en estudios epidemiológicos como clínicos, y así como en diferentes culturas. (5)

El curso de la depresión en algunas mujeres puede verse afectado por el ciclo menstrual. La fase premenstrual parece ser de especial vulnerabilidad para el inicio de un episodio depresivo o para el empeoramiento de la depresión. Parece, por último, que las mujeres con antecedentes de síndromes afectivos relacionados con

los cambios hormonales como son los relacionados con la toma de anticonceptivos hormonales, el trastorno disfórico premenstrual o la depresión posparto, sí que pueden tener un riesgo más elevado de presentar depresión coincidiendo con la perimenopausia. (5)

Los estudios del National Comorbidity Survey y del Epidemiological Catchment Area (ECA) sugieren una mayor comorbilidad con depresión en mujeres que en hombres. (5)

Existen diferentes teorías acerca de la depresión. La teoría del psicoanálisis tradicionalmente ha contemplado la depresión como la agresión hacia un objeto interiorizado con un significado ambivalente (Freud, 1917). Recientemente, otras teorías más avanzadas ven la depresión como el reflejo de: (a) un problema cognitivo (Beck, 1974); (b) desamparo aprendido o de no contingencia (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Seligman, 1974); (c) paradigmas de la extinción (Ferster, 1974; Lazarus, 1968; Lewinshon, 1974); (d) un fracaso en la autorregulación (Mathews, 1977); (e) relaciones interpersonales ineficaces (Coyne, 1976; Salzman, 1974); o (f) una protección contra los efectos normales del desamparo o la desesperanza (Benton, 1972). (13)

3.1.9. DIVERSOS FACTORES RELACIONADOS CON LA EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.

Factores socioculturales y demográficos

“Los estudios evolutivos suelen señalar diversas variables basales de tipo sociodemográficos como elementos que predicen en mayor o menor medida la evolución posterior. Entre ellos destacan el sexo, la edad de comienzo y la presencia de antecedentes familiares, aunque pueden citarse otros muchos con resultados más controvertidos”. (14)

Edad

“En general se acepta que la edad de comienzo tardía y el propio envejecimiento son factores de mal pronóstico para la depresión. Sin embargo, en varios estudios de seguimiento a largo plazo no se ha encontrado que la edad de aparición del primer episodio constituya un factor de riesgo para la recurrencia o la cronicidad.”

(14)

En realidad cuando se realizan análisis más detallados se suele encontrar que los verdaderos factores de mal pronóstico son otras variables que generalmente se asocian a la edad avanzada, como la presencia de comorbilidad física (especialmente de tipo neurológico o cardiovascular), discapacidad o de factores psicosociales como la falta de red de apoyo, la jubilación o los procesos de duelo”.

(14)

Historia familiar

“Existen datos limitados acerca de la influencia de factores familiares en la evolución tórpida de los cuadros depresivos. Algunos trabajos no han encontrado influencia alguna o un impacto relativo, mientras que otros han encontrado que la presencia de antecedentes psiquiátricos graves (p. ejemplo., presencia en un familiar de primer grado de psicosis, ingreso psiquiátrico o intento de suicidio) es un factor de vulnerabilidad para una mala evolución de la depresión”. (14)

“Igualmente, Klein y colaboradores encontraron que la presencia de antecedentes familiares constituía un factor de riesgo de cronicidad en pacientes con inicio temprano de la depresión”. (14)

Sexo

“Existe un alto grado de certeza acerca de la mayor incidencia de depresión en el sexo femenino. Trabajos han encontrado una mayor tendencia a la recurrencia en mujeres, como el Estudio de Zurich o el Nacional Institute of Mental Health (NIMH) Collaborative Program on the Psychobiology of Depression-Clinical Studies, un

estudio observacional longitudinal a 15 años en el que el sexo femenino fue uno de los predictores más potentes de recurrencia precoz. Por tanto, los datos sugieren que el sexo femenino o no influye en la evolución o es un factor de mal pronóstico, de manera que en conjunto puede considerarse como un predictor de mala evolución de leve a moderada importancia”. (14)

Otros factores socioculturales

“La mayoría de los estudios que analizan el papel de los factores socioculturales en la evolución de la depresión se encuentran sesgados por problemas metodológicos, tales como falta de estandarización de los tratamientos aplicados, duración variable del seguimiento, definiciones imprecisas de los acontecimientos vitales y muestras de estudio heterogéneas. No obstante, y dada la fuerte correlación encontrada entre factores estresantes y de soporte y la aparición de la depresión, no cabe duda de que se trata de un área de estudio importante”. (14)

“Las variables implicadas con mayor frecuencia son el estado civil, el nivel socioeconómico, la presencia de acontecimientos adversos y la presencia de conflictividad familiar”. (14)

“Hasta el momento no se han hallado datos de verdaderas diferencias raciales. Generalmente se ha encontrado que la falta de pareja, el bajo nivel socioeconómico y la conflictividad familiar son predictores de mala evolución en la depresión. El factor más estudiado ha sido la presencia de acontecimientos o sucesos vitales adversos.

Aunque la presencia de acontecimientos adversos recientes constituye un factor de riesgo para la aparición de depresión, no lo es tanto para un mal pronóstico, mientras que existen más datos a favor de que la persistencia de dichos acontecimientos una vez iniciada la depresión sí constituye un factor de mal pronóstico”. (14)

Factores biológicos

La búsqueda de marcadores biológicos de la evolución de los trastornos depresivos ha sido larga y, en términos generales, infructuosa, al menos en cuanto a su aplicabilidad en la práctica clínica. Los estudios de neuroimagen han mostrado por lo general asociaciones positivas entre la presencia de alteraciones estructurales y un pronóstico adverso de la depresión, incluyendo tanto una evolución hacia la cronicidad como hacia la aparición de un síndrome demencial. Particularmente se ha destacado la presencia de signos de atrofia cortical en la tomografía computarizada y aumento de los espacios de líquido cefalorraquídeo como signo de mal pronóstico. (14)

“Otro hallazgo común es la presencia de hiperintensidades en la sustancia blanca y el área periventricular detectadas con la resonancia magnética y relacionada tanto con una peor respuesta al tratamiento y evolución a largo plazo, como con la existencia de conductas suicidas. Los estudios con tomografía por emisión de positrones (TEP) han revelado una normalización de los patrones de metabolismo anómalo en la corteza prefrontal y el sistema límbico (particularmente en hipocampo y amígdala) en sujetos con depresión que responden al tratamiento, de manera que la falta de normalización podría considerarse un marcador de mala evolución”. (14)

Factores clínicos

“Dentro de este apartado se encuentran tres grandes tipos de factores. Unos, los relacionados con el curso de la enfermedad: básicamente, el número de episodios y la persistencia de los síntomas. Otros, los que tienen que ver con las características clínicas propiamente dichas: es decir, la presencia o ausencia de determinados síntomas o conjuntos de síntomas. Finalmente, un tercer factor clínico de gran importancia es la comorbilidad, tanto somática como psiquiátrica”. (14)

3.1.10. FACTORES RELACIONADOS CON EL CURSO DE LA ENFERMEDAD

Número y duración de los episodios

La impresión clínica habitual sugiere que un mayor número de episodios y la duración más prolongada de los mismos son indicadores de mala evolución, en el sentido de mayor propensión a la recurrencia y una peor respuesta terapéutica. Sorprendentemente, los estudios evolutivos no presentan unanimidad al respecto, probablemente a consecuencia de problemas metodológicos en cuanto a la caracterización de los episodios, definición de recurrencia, tipología de la muestra y duración de los periodos de observación.

“No obstante, la mayoría de los trabajos coinciden en que el número de episodios previos constituye uno de los predictores más potentes de la evolución como determinante de un mayor riesgo de recaídas tempranas y recurrencias. La mayoría de los pacientes con depresión unipolar presentan más de tres episodios en 20 años. El 50% de los pacientes que alcanzan la recuperación de un primer episodio depresivo presentan un nuevo episodio, al menos, en los 2 años siguientes”. (14)

“Tras la presentación de un segundo episodio, la posibilidad de que aparezca un tercero alcanza el 80-90%, sobre todo en los 3 años posteriores a la recuperación. Existen estudios a muy largo plazo que demuestran que la tendencia a la recurrencia se mantiene a todo lo largo del ciclo vital, lo que debe tenerse en cuenta a la hora de establecer la duración de los tratamientos profilácticos. Por tanto, los sujetos que hayan presentado dos o más episodios depresivos son los que más se beneficiarían de un tratamiento a largo plazo encaminado a prevenir la recurrencia. La duración prolongada de los episodios previos también se ha asociado por lo general a un mayor período hasta la remisión y una mayor tendencia a la recurrencia, aunque de nuevo no existe unanimidad al respecto”. (14)

Persistencia de los síntomas

Una vez instaurado el síndrome depresivo, su evolución presenta un gradiente que va desde los casos en que se produce una recuperación completa hasta aquellos

en que los síntomas permanecen sin modificación sensible durante un largo periodo de tiempo. Lógicamente, los estadios intermedios son muy frecuentes y difíciles de caracterizar.

“Se ha estimado que un tercio de los pacientes continúan presentado algún tipo de síntoma tras la remisión. Recientemente se ha subrayado la importancia de la presencia de los denominados «síntomas residuales» como factor de riesgo para una mala evolución de la depresión y se ha asociado con un riesgo aumentado de recaída y recurrencia, curso crónico, riesgo de suicidio, retraso en la recuperación funcional y peor evolución de los problemas somáticos asociados”. (14)

Características clínicas

“La intensidad de los síntomas depresivos, medida generalmente por la presencia de puntuaciones altas en las escalas de evaluación, se ha correlacionado con períodos más largos hasta la remisión, una tendencia hacia la cronicidad, y recurrencias más frecuentes y tempranas. Este hecho también viene avalado por la peor evolución encontrada en muestras clínicas, y dentro de ellas en pacientes ingresados, cuando se les compara con muestras comunitarias”. (14)

“Además de la intensidad de los síntomas depresivos, la presencia de síntomas psicóticos y de conductas suicidas ha sido considerada tradicionalmente como indicadora de gravedad del cuadro depresivo, lo que coincide con los resultados de diversos estudios. Por último, la presencia de deterioro cognitivo intenso, especialmente en pacientes de edad avanzada, también se ha relacionado con una mala respuesta terapéutica y una evolución desfavorable, especialmente cuando se acompaña de alteraciones en neuroimagen”. (14)

Hay que destacar que en estos casos, especialmente cuando se produce un inicio tardío del síndrome depresivo, permanece la duda de si en realidad no se trata de una forma especial de comienzo de un cuadro demencial.

Comorbilidad

“La depresión aparece frecuentemente acompañada de otros trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos. Dentro de los trastornos psiquiátricos la presencia de síntomas de ansiedad, dependencia de sustancias y trastornos de personalidad se ha relacionado con una peor evolución, tanto en términos de respuesta al tratamiento como de una mayor duración del episodio depresivo, tendencia a la cronicidad, a presentar recaídas y a la recurrencia. Hay que señalar que se trata de las entidades que mayor comorbilidad presentan con la depresión. La presencia de síntomas de ansiedad es un predictor más potente cuando se trata de verdadera comorbilidad; es decir, existen diagnósticos previos de trastornos por ansiedad específicos (p. ej., trastorno por crisis de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.) al primer episodio depresivo. La comorbilidad entre la dependencia de sustancias y la depresión empeora el pronóstico de ambas entidades”. (14)

“La relación entre los trastornos de personalidad y la depresión es compleja; por ejemplo, muchos autores estiman que las alteraciones de la personalidad predisponen a la aparición de la depresión, pero que a su vez la depresión puede modificar los rasgos de personalidad. En cualquier caso, la opinión más común es que la presencia de un trastorno de personalidad complica la evolución de la depresión, con una tendencia a retrasar la remisión y a aumentar la frecuencia de recaídas y recurrencias, sin que exista un acuerdo unánime acerca de qué tipo de trastorno resulta más desfavorable”. (14)

También existen datos acerca de que la presencia de índices elevados de neuroticismo actúa en el mismo sentido, lo que refuerza la noción del efecto desfavorable de los trastornos de personalidad sobre la depresión.

“Algunos tipos de patologías somáticas han sido particularmente asociadas con la depresión, como los trastornos cardiovasculares, reumatológicos, endocrinológicos, neurológicos y oncológicos, actuando como factores de riesgo para su aparición o complicando su evolución.

También suelen desempeñar un papel importante los tratamientos empleados en estas patologías, como los antihipertensivos o los glucocorticoides. Tanto la presencia de enfermedades somáticas como la discapacidad o el dolor resultantes de las mismas pueden empeorar la evolución de la depresión”. (14)

Factores relacionados con la terapéutica

“En la práctica clínica habitual los factores relacionados con la terapéutica tienen una gran importancia a la hora de predecir la evolución de un trastorno depresivo. Los problemas de reconocimiento y diagnóstico de la depresión y el empleo de herramientas terapéuticas inadecuadas o insuficientes son todavía demasiado frecuentes. Por otra parte, la mala adherencia al tratamiento sigue constituyendo un problema crucial en el tratamiento a largo plazo de la depresión.

Otros trabajos han demostrado cómo el seguimiento de estrategias protocolizadas de tratamiento (p. ej., guías de práctica clínica) y la adherencia al mismo mejoran significativamente la tasa de recaídas y recurrencias”. (14)

3.1.11. IDENTIFICACIÓN DE LOS GRUPOS DE ALTO RIESGO DE DEPRESIÓN SEVERA

Existen múltiples evidencias que señalan el riesgo de depresión en el sexo femenino.

En torno a los 13-15 años se inicia la disparidad en el comienzo de los episodios de depresión mayor entre mujeres y varones, de modo que desde esta edad hasta los 50 años, las mujeres experimentan una mayor incidencia de depresión mayor que los hombres. (15)

Además, muchos de los factores de riesgo de la depresión identificados ocurren más frecuentemente en mujeres que en hombres, pero cuando esos factores ya están presentes conducen a la depresión en ambos sexos. Además de considerar la interacción vulnerabilidad cognitiva acontecimientos vitales estresantes, en la

literatura también se recogen otros grupos de alto riesgo que deben ser objeto de atención (Gillham, 2003): hijos de madres deprimidas, niños con trastorno de ansiedad, sujetos con trastornos de conducta alimentaria, padres que han sufrido la pérdida de un hijo, o niños y adultos que viven en condiciones de pobreza. (15)

Factores de riesgo en la depresión

- Ser mujer
- Edad entre 18 y 44 años
- Clase social baja
- Separado/divorciado
- Presencia de acontecimientos vitales
- Presencia de factores crónicos estresantes
- Ausencia de apoyo social
- Ausencia de estrategias apropiadas de afrontamiento
- Historia de abuso sexual
- Trauma físico
- Antecedentes familiares de depresión
- Estrés crónico o ansiedad
- Otro trastorno psiquiátrico

3.1.12. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN SEGÚN EL CIE 10

Episodios depresivos

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. (16)

También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).

- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. (16)

Alguno de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas), pérdida marcada de apetito, pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes), pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes. (16)

Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico: ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. (16)

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos: sin síndrome somático: se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.

Con síndrome somático: se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndromes somáticos (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría). (16)

Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico: deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve, así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome

somático: sin síndrome somático: se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos. Con síndrome somático: se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más del síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría). (16)

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico: deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. (16)

En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado. (16)

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. (16)

Otros episodios depresivos

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados anteriormente, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales). (16)

Trastorno depresivo recurrente

Trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave y pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepressivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la quinta década de vida.

Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos ha de utilizarse también esta categoría). A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes. (16)

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

Pautas para el diagnóstico:

- a) Deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo leve.
- b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y entre ellos debe haber un intervalo libre de alteración significativa del humor de varios meses de duración. Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual. (16)

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

Pautas para el diagnóstico:

- a) Deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo moderado.
- b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor. Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual. (16)

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico:

- a) Se deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente y el episodio actual el mismo del cual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave sin la presencia de los síntomas psicóticos.
- b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor. (16)

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico:

- a) Satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor. (16)

Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

Pautas para el diagnóstico:

- a) En el pasado debieron satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente, pero el estado actual no satisface las pautas para episodio depresivo de cualquier gravedad, o para cualquier otro trastorno que se encuentre en el trastorno Depresivo recurrente.

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor. (16)

3.1.13. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE REPRESIÓN SEGÚN LA DSM-IV-TR

A.- Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.

(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.

(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico. (17)

B.- Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto. (17)

C.- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes. (17)

D.- Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo). (17)

E.- Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor. (17)

Criterios Especificadores de gravedad/ características psicóticas / remisión del episodio depresivo mayor actual (o más reciente) del DSM-IV-TR

Codificar en el quinto dígito. Leve, moderado, grave sin características psicóticas y graves con características psicóticas se pueden aplicar sólo si actualmente se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor. En remisión parcial y en remisión completa se pueden aplicar al episodio depresivo mayor más reciente del trastorno depresivo mayor, y a un episodio depresivo mayor del trastorno bipolar I o II, sólo si éste es el tipo más reciente de episodio de estado de ánimo. (17)

Leve: pocos síntomas, o ninguno, aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico, y los síntomas provocan sólo deterioro menor del desempeño laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás. (17)

Moderado: síntomas o deterioro funcional entre “leve” y “grave”. (17)

Grave sin características psicóticas: varios síntomas aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico, y síntomas que interfieren notoriamente con el desempeño laboral, o las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás. (17)

Grave con características psicóticas: ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si las características psicóticas son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo. (17)

a) Características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es completamente compatible con los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.

b) Características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no corresponde a los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Se incluyen síntomas, como ideas delirantes de persecución (no directamente relacionados con temas depresivos), inserción del pensamiento, transmisión del pensamiento e ideas delirantes de control. (17)

En remisión parcial: Hay síntomas de un episodio depresivo mayor, pero no se cumplen los criterios completos, o hay un período sin ningún síntoma significativo de episodio depresivo mayor que dura menos de 2 meses tras el final del episodio depresivo mayor. (Si el episodio depresivo mayor se sobre agregó a trastorno distímico, se efectúa el diagnóstico de trastorno distímico solo, una vez que ya no se cumplen los criterios completos de episodio depresivo mayor). (17)

En remisión completa: Durante los últimos 2 meses, no hubo signos ni síntomas significativos de la alteración. Sin otra especificación. (17)

Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, episodio único, del DSM-IV-TR

A. Un solo episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no es mejor explicado por trastorno esquizoafectivo, y no se sobreañega a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, ni trastorno psicótico sin otra especificación.

C. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto, ni un episodio hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios tipo maníaco, tipo mixto o tipo hipomaníaco son inducidos por sustancias o tratamiento, o se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica general.

Si actualmente se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico y/o características actuales:

- Leve, moderado, grave sin características psicóticas/grave con características psicóticas:
- Crónico
- Con características catatónicas
- Con características melancólicas
- Con características atípicas
- Con inicio posparto

Si actualmente no se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o las características del episodio más reciente:

- En remisión parcial, en remisión completa
- Crónico
- Con características catatónicas
- Con características melancólicas
- Con características atípicas

- Con inicio posparto (17)

Criterios Diagnósticos de trastorno depresivo mayor recurrente del DSM-IV-TR

A. Dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: para ser considerados episodios separados, debe haber un intervalo de, por lo menos 2 meses consecutivos en los que no se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no son mejor explicados por trastorno esquizoafectivo, y no se sobreagregan a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, ni trastorno psicótico sin otra especificación.

C. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto, ni un episodio hipomaníaco. Nota: esta exclusión no se aplica si todos los episodios tipo maníaco, tipo mixto o tipo hipomaníaco son inducidos por sustancias o tratamiento, o se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica general.

Si actualmente se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico y/o características actuales:

- Leve, moderado, grave sin características psicóticas/grave con características psicóticas:
- Crónico
- Con características catatónicas
- Con características melancólicas
- Con características atípica
- Con inicio posparto

Si actualmente no se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o las características del episodio más reciente:

- En remisión parcial, en remisión completa
- Crónico
- Con características catatónicas
- Con características melancólicas
- Con características atípicas
- Con inicio posparto

Especificar:

- Evolución longitudinal (con recuperación entre los episodios o sin ella)
- Con patrón estacional. (17)

3.2. CAPÍTULO II “COSTOS Y FACTORES SOCIALES”

3.2.1 COSTOS Y FACTORES SOCIALES DE LA DEPRESIÓN

En el Ecuador se evidencia cambios epidemiológicos en los últimos años que demuestran un cambio de enfermedades propias del subdesarrollo, que ocupaban los primeros lugares hace una década, por enfermedades propias del desarrollo y la modernidad y dentro de estos grupos están las enfermedades mentales ya para el 2007 según el INEC se encontraron 2686 casos de trastorno del comportamiento y conducta por el uso drogas y 2205 casos de trastornos del humor. (6)

Así en el Ecuador dentro de las diez principales causas de pérdida de AVISA (se entiende los AVISA como la suma de años perdidos por muerte prematura AVPP más los años vividos con discapacidades AVAD) tenemos las enfermedades neuropsiquiatras con el 6.3%. (18)

Los pacientes deprimidos pueden experimentar gran deterioro en su funcionamiento habitual, en su bienestar y en su calidad de vida.

La depresión supone un importante impacto en el entorno familiar, social y laboral del afectado, con unos costos anuales cercanos a los 50 billones de dólares en Estados Unidos. Aunque la duración del episodio puede ser limitada, la disfunción familiar es bastante común y puede persistir una vez ha remitido el episodio. (19)

Igualmente, el deterioro social y laboral pueden permanecer mucho tiempo después de la resolución del episodio. A pesar de todo ello, sigue siendo común que muchos enfermos de depresión no acudan al personal de salud mental o bien sean diagnosticados y/o tratados incorrectamente. (19)

El estudio DEPRES puso de manifiesto que una tercera parte de los sujetos con depresión mayor no habían consultado a ningún profesional acerca de su depresión. (19)

Ello supone una importante carga de enfermedad en la comunidad que, siendo potencialmente tratable, queda sin tratar. En comparación con los no afectados, los sujetos con depresión mayor presentaron entre cuatro y cinco veces más días de baja laboral debida a la enfermedad. El trastorno depresivo mayor se asoció con una media de 13 días de absentismo laboral en los 6 meses previos a la entrevista. Es obvio que la falta de consulta y de tratamiento conllevan importantes costos para la comunidad. (19)

Estudios cualitativos sustentan la hipótesis de que el impacto de la depresión en el bienestar, en el funcionamiento laboral, social e interpersonal y en la calidad general de vida de aquellos que la padecen, es igual o mayor al impacto de enfermedades crónicas tales como la diabetes o artritis. (20)

Estudios de índole económica calculan que en 1990 el costo que la depresión deparó a la sociedad norteamericana fue de US\$ 43.700.000.000 y que la mitad de ese costo fue relativo al trabajo (ausentismo, reducción de la productividad, accidentes de trabajo y errores de juicio realizados mientras se trabajaba). (20)

Extrapolación mediante, estiman que los empleadores tienen un costo anual de US\$ 3.000 por trabajador depresivo. (20)

Un riesgo aumentado de recaídas es, quizás, el costo más alto de la depresión mayor no tratada adecuadamente. Los pacientes con síntomas depresivos residuales recaen cinco veces más rápido que los pacientes con remisión completa. Los síntomas residuales pueden ser un indicador de recaída más poderoso que el número de episodios depresivos pasados. (20)

Son múltiples los puntos de vista desde los cuales se ha examinado el fenómeno de la depresión. Todos ellos han presentado datos alarmantes que llevaron a los profesionales de la salud mental a desarrollar métodos de abordaje que, actualmente, han demostrado su efectividad no sólo terapéutica sino también económica.

Costos ocupacionales

La depresión lleva al ausentismo laboral (el doble de la tasa de los trabajadores no deprimidos) y a menor productividad. Las personas con depresión tienen siete veces más probabilidades de estar desempleadas, con empleos de tiempo parcial o en trabajos inferiores a su capacidad y preparación, comparadas con muestras de la comunidad.

Los costos de centros de salud mental de las personas deprimidas son en promedio el doble de las no deprimidas; las personas con depresión usan tres veces más los servicios de salud. (19)

Relación del costo utilidad de la depresión

La determinación de la relación costo utilidad en la depresión puede arrojar luz sobre otras posibles estrategias de intervención en la enfermedad. Los datos de la relación entre costo y utilidad también pueden nutrir los debates sobre los aspectos políticos y económicos, como la legislación propuesta para establecer una cobertura paritaria entre la salud mental y otros tipos de asistencia médica. El examen de los costos por año de vida ajustado a la calidad en un análisis de costo-utilidad resulta especialmente relevante para la depresión, dadas las graves consecuencias de este trastorno sobre la calidad de vida. (5)

4.- METODOLOGÍA

La metodología constituye la manera como se realizó este trabajo de investigación, en este apartado se desarrollarán explicaciones sobre: los objetivos, el contexto, los participantes, los recursos, el diseño y el procedimiento que se utilizó.

4.1 OBJETIVOS

4.1.1 OBJETIVO GENERAL

1. Determinar los síntomas más frecuentes e incapacitantes a través del Test de Beck en un grupo de mujeres que acuden a diversos centros de Salud Mental del Distrito Metropolitano de Quito, durante el periodo Agosto 2008 a Febrero 2009.

4.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer diferencias de depresión según el test de Beck en el grupo de mujeres que acuden a diversos centros de Salud Mental del Distrito Metropolitano de Quito.
2. Determinar las principales características socio demográficas en el grupo de mujeres que acuden a diversos centros de Salud Mental del Distrito Metropolitano de Quito.
3. Determinar cuáles son los síntomas depresivos mas frecuentes que producen mayor discapacidad en el grupo de mujeres que acuden a diversos centros de Salud Mental del Distrito Metropolitano de Quito.

4.1.3 PARTICIPANTES – POBLACIÓN

La población de la cual se obtuvo la información está compuesta por 200 mujeres que acudieron a diversos centros de Salud Mental del Distrito Metropolitano de Quito. (“Hospital Julio Endara”, “Subcentro de Chimbacalle”, “Hospital SOLCA Quito”, “Hospital San Juan de Dios”, y “Clínica Guadalupe”).

Para ser parte de la población, las mujeres cumplieron los siguientes criterios de inclusión: Mujeres que acuden a la consulta de salud mental de los centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito, edad entre 15 y 65 años, aceptación voluntaria para llenar el test y ser paciente alfabeto.

Las pacientes que participaron en el estudio lo hicieron de manera voluntaria, e ingresaron en el estudio en el momento que dieron su consentimiento verbal, a las pacientes se le leyó el consentimiento informado donde se indicó que se respetará su anonimato y se organizará por códigos la información.

Las pacientes tuvieron un tiempo aproximado de 5 a 15 minutos para llenar las preguntas del test de Beck incluida edad, instrucción, estado civil, ocupación, luego de lo cual se receptaron las encuestas y se procedió a la organización y procesamiento de la información.

4.1.4 INSTRUMENTOS

Para la investigación se aplicó el inventario para la depresión de Beck (El test que se utilizó consta de 21 ítems con la referencia: An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561-571, que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de la melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión) y se preguntó datos sobre edad, estado civil, instrucción y ocupación.

En cuanto al Inventario de Depresión de Beck, se lo utilizó debido a que es usado ampliamente a nivel mundial, es de fácil aplicación y está estandarizado también para Latinoamérica. (8)

Existe una adaptación al español de la revisión de 1978 que describe los criterios de calidad en muestras españolas (Vázquez y Sanz, 1999). La aplicación es individual y la edad de aplicación es a partir de 13 años con una duración de la prueba de cinco a diez minutos. (8)

Objetivos

El BDI tiene como objetivo principal servir como instrumento de medida, estandarizado, sencillo y de fácil aplicación e interpretación, de la depresión y de sus cambios a lo largo del tiempo en adolescentes y adultos.

No persigue la clasificación diagnóstica ni la diferenciación entre los distintos trastornos depresivos (aunque la versión BDI-II puede hacer diagnósticos DSM-IV de episodio depresivo). Sus usos principales son evaluar el cambio de pacientes en tratamiento o diagnosticados de depresión y servir como instrumento de detección de trastornos depresivos. (8)

Descripción

En una primera versión era una escala de valoración clínica administrada por el clínico, pero en la revisión de 1978 (la más frecuentemente empleada) se convierte en un cuestionario autoaplicado de 21 ítems. Estos 21 ítems evalúan un amplio espectro de síntomas depresivos y cada uno se compone de cuatro afirmaciones acerca de la intensidad del síntoma, desde 0 (ausente o leve) hasta 3 (muy intenso). En la siguiente tabla se puede apreciar los ítems que valora el test de Beck:

TABLA No. 2 Aspectos que valora el test de Beck

Afecto
Pesimismo
Sentimiento de fracaso
Pérdida de satisfacción
Sentimientos de culpa
Sensación de castigo
Malestar consigo mismo
Autoacusaciones
Deseos suicidas
Llanto
Irritabilidad
Aislamiento social
Indecisión
Distorsión de la imagen corporal
Inhibición en el trabajo*
Problemas de sueño*
Cansancio
Pérdida de apetito*
Pérdida de peso*
Preocupación somática*
Pérdida del interés sexual

Fuente: Fernández Rocío. (2007). Evaluación Psicológica. Pirámide. Madrid-España. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

Los ítems con asteriscos se han modificado en el BDI-II para ajustarlo al DSM-IV. El BDI cubre un marco temporal de una semana (en el BDI-II se ha ampliado a dos semanas). Existe una versión abreviada de 13 ítems. (8)

Desarrollo

El Inventario de depresión de Beck (BDI) es una de las pruebas psicológicas más empleadas, y no sólo en los ámbitos clínicos y de salud. Steer y Beck (2002) indican cómo solamente en los primeros 25 años de vida del instrumento se habían publicado más de 1.500 artículos en los que se utilizaba y un buen número de

revisiones y trabajos de estudio psicométrico y de criterios de calidad. La situación actual sobrepasa con creces aquellos momentos iniciales y hoy en día el BDI se ha traducido a más de 30 idiomas, sus aplicaciones se cuentan por millares y sus criterios de calidad son suficientemente conocidos en la mayoría de las poblaciones.⁽⁸⁾

Aunque los autores lo nieguen, el BDI parte del modelo de depresión de Beck y no persigue el diagnóstico. Sin embargo, en 1996 los autores proponen una segunda versión (BDI-II) para adaptarlo a los criterios DSM-IV. ⁽⁸⁾

El desarrollo del BDI es previo a la aparición del DSM-III y, por tanto, a las listas de criterios de depresión. Beck parte de su experiencia y observaciones clínicas realizadas durante terapias psicoanalíticas para crear una lista de 21 síntomas o criterios depresivos. La intensidad de cada criterio se dimensionó con puntuaciones entre 0 y 3 (cuatro niveles). ⁽⁸⁾

En la versión inicial de 1961 se propuso una aplicación por parte del clínico (escala de valoración) que posteriormente (1978) se transformó en un inventario o cuestionario autoaplicado de 21 ítems de cuatro valores. Por tanto, se siguió una estrategia empírica, no se hicieron estudios factoriales o multivariados en su desarrollo.

La segunda versión del BDI (BDI-II, 1996) trata de adaptarse a los criterios diagnósticos del DSM-IV modificando algunos ítems y ampliando, de una a dos semanas, la ventana de medida, pero mantiene la misma estructura que su predecesor (21 ítems de cuatro valores). ⁽⁸⁾

Características psicométricas

Después de más de 40 años de trabajos, los criterios de calidad el BDI están suficientemente establecidos en cientos de trabajos de investigación en distintos países y con poblaciones con y sin trastornos.

Las principales características psicométricas se resumen a continuación.

- Fiabilidad

En general, la consistencia interna oscila entre 0,73 y 0,95. Los autores indican un coeficiente alfa medio de 0,87 para el BDI y de 0,92 para el BDI-II. Fiabilidad test-retest para intervalos cortos (una semana): 0,81-0,83. ⁽⁸⁾

- Validez

Con respecto a la validez de contenido, se ha visto incrementada en el BDI-II al contener sus ítems todos los criterios DSM-IV, lo que había sido una de las críticas frecuentes a la validez de contenido de la prueba. En lo relativo a la validez concurrente, se han obtenido correlaciones entre el BDI y otras medidas de la depresión para pacientes psiquiátricos entre 0,55-0,96 y para personas sin trastorno entre 0,55-0,73. Correlaciona con la Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (Ham-D) para pacientes psiquiátricos: 0,61-0,86; con la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung (Zung SDS): 0,57- 0,86; con la Subescala de Depresión del Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90): 0,76; con la Subescala de Depresión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-D): 0,60, y con la Escala de Desesperanza de Beck (BHS): 0,60. ⁽⁸⁾

El BDI discrimina entre pacientes con y sin trastorno depresivo, pacientes con distimia de aquellos con trastorno depresivo mayor y paciente con trastorno de ansiedad generalizada de aquellos con trastorno depresivo mayor. Sin embargo, el BDI no discrimina entre distintos trastornos depresivos, sino entre dimensiones de depresión.

Es muy sensible al cambio terapéutico y puede ser administrado de forma repetida.

Los estudios analíticos factoriales han identificado distintos factores para cada población, aunque existe un cierto consenso en admitir la existencia de un factor de actitudes negativas hacia sí mismo, un segundo de dificultades en la ejecución y un tercero de quejas somáticas.

Administración

El BDI es un cuestionario autoaplicado para personas a partir de 13 años. De fácil lectura y complementación, precisa de un nivel educativo medio-bajo. El tiempo de aplicación es de cinco a diez minutos, ampliándose hasta 15 minutos cuando la administración es oral (cuando se tiene problemas de lectura o de comprensión de los ítems). Puede ser administrado por personal técnico con un entrenamiento básico en la administración de pruebas psicológicas, pero su interpretación implica una formación clínica específica.

Corrección e interpretación

La puntuación total se obtiene sumando las obtenidas en cada uno de los ítems y se interpreta del siguiente modo:

- Depresión mínima: 0-10.
- Depresión leve o media: 11-17.
- Depresión moderada: 18-29.
- Depresión severa: 30-63.

Pueden obtenerse puntuaciones parciales para los factores cognitivo-afectivo y somáticos, respectivamente. Los autores insisten en que los puntos de corte ofrecidos son solamente indicativos y que la decisión e interpretación queda en manos del clínico. En cualquier caso, como en todas las demás pruebas, es necesario contrastar la información del BDI con otras escalas y otras técnicas de evaluación (entrevista con el cliente, entrevista con informantes, autoobservación, etc.) para encuadrar adecuadamente las puntuaciones. (8)

Aunque el BDI no se diseñó como instrumento de detección, en la actualidad es uno de sus usos principales en estudios de investigación y en ámbitos clínicos. En este sentido, existe un cierto consenso en admitir como punto de corte 17/18 para la detección de sintomatología depresiva.

4.1.5 DISEÑO

La investigación es inicial y preparatoria, por lo tanto descriptiva y de estudio de casos, la misma que se realiza para recoger datos y precisar la naturaleza del fenómeno a investigar, sirve para describir y comparar los síntomas depresivos más frecuentes y generar propuestas que oriente los procesos de intervención.

4.1.6 VARIABLES DE ESTUDIO

TABLA No. 3 Variables de estudio

VARIABLES DE ESTUDIO	Nivel de Depresión. Tristeza. Pesimismo. Sentimiento de fracaso. Pérdida de satisfacción. Sentimientos de culpa. Sensación de castigo. Malestar consigo mismo. Autoacusaciones. Deseos suicidas. Llanto. Irritabilidad. Aislamiento social. Indecisión. Distorsión de la imagen corporal. Inhibición en el trabajo. Problemas de sueño. Cansancio. Pérdida de apetito. Pérdida de peso. Preocupación somática. Pérdida del interés sexual.
INTERVINIENTES	Edad Instrucción Estado civil Ocupación
INDICADORES	Resultados de la aplicación de las pruebas y entrevistas.

Fuente: Fernández Rocío. (2007). Evaluación Psicológica. Pirámide. Madrid-España.
 Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

4.1.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

TABLA No. 4 Operacionalización de variables del estudio

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
DEPRESIÓN	Síntoma , síndrome o enfermedad cuya manifestación primordial es la tristeza	Tristeza	Test de depresión de Beck	No depresión: 0-10. Depresión leve o media: 11-17. Depresión moderada: 18-29. Depresión severa: 30-63.
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual	Tiempo	Años	20- 30 31-40 41-50 51-60 años
INSTRUCCIÓN	Tiempo trascurrido de educación	Tiempo	Años de estudio	1.-Primaria incompleta 2.-Primaria completa 3.-Secundaria incompleta 4.-Bachiller 5.- Superior incompleta 6.- Superior completa 7.- Postgrado
ESTADO CIVIL	Conjunto de dos personas que tienen alguna correlación o semejanza	Convivencia	Si No	1.- SOLTERA 2.- CASADA 3.- SEPARADA 4.- DIRORCIADA 5.- UL
PROFESION	Empleo, facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente	Empleo	Encuesta	1.- LABORESDE HOGAR 2.- TRABAJO ACTIVO 3.- PENSIONADO JUBILADO 4.- DESEMPLEADA
TRISTEZA	Sentimiento o estado de quien se encuentra sin animo	Tristeza	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)

PESIMISMO	Propensión a ver y juzgar las cosas en su aspecto mas desfavorable	Pesimismo	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)
AFECTO	Cualquiera de las pasiones del animo como ira, odio etc.	Afecto.	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)
SENTIMIENTO DE FRACASO	Sentimientos de caída o ruina de una cosa con estrépito y destrucción	Sentimiento de fracaso.	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)
PÉRDIDA DE SATISFACCIÓN	Perdida de acción y efecto de satisfacer	Pérdida de satisfacción	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)
SENTIMIENTOS DE CULPA	Sentimiento de falta cometida a sabiendas y voluntariamente	Sentimientos de culpa.	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)
SENSACIÓN DE CASTIGO	Sensación de pena que se impone al que ha cometido un delito o falta	Sensación de castigo	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)
MALESTAR CONSIGO MISMO	Desazón, incomodidad indefinible consigo mismo	Malestar consigo mismo	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)
AUTOACUSACIONES	Acción de auto acusarse	Autoacusaciones	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)
DESEOS SUICIDAS	Ideas de pensamientos suicidas	Deseos suicidas	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)
LLANTO	Efusión de lagrimas acompañadas frecuentemente de lamentos y sollozos	Llanto	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)
IRRITABILIDAD	Excitar vivamente otros afectos	Irritabilidad.	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)

AISLAMIENTO SOCIAL	Que se aísla o separa socialmente	Aislamiento social	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)
INDECISIÓN	Irresolución, falta de decisión	Indecisión	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)
DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	Torsión de una parte o total de la imagen corporal	Distorsión de la imagen corporal	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)
INHIBICIÓN EN EL TRABAJO	Apartarse o abstenerse del trabajo	Inhibición en el trabajo	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)
PROBLEMAS DE SUEÑO	Dificultades en dormir	Problemas de sueño	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)
CANSANCIO	Falta de fuerzas que resulta de haberse fatigado	Cansancio	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)
PÉRDIDA DE APETITO	Carencia de apetito	Pérdida de apetito	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)
PÉRDIDA DE PESO	Carencia de peso	Pérdida de peso.	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)
PREOCUPACIÓN SOMÁTICA	Preocupación al cuerpo corporal	Preocupación somática	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)
PÉRDIDA DEL INTERÉS SEXUAL	Carencia de interés sexual	Pérdida del interés sexual.	Test de depresión de Beck	1 (Ausente o leve o moderado 0-2) 2 (Muy intenso 3)

Fuente: Fernández Rocío. (2007). Evaluación Psicológica. Pirámide. Madrid-España.
Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

4.1.8 RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó a mujeres en centros que ofrecen atención de salud mental en el Distrito Metropolitano de Quito.

Los instrumentos aplicados fueron: el test de depresión de Beck con 21 preguntas y datos de filiación como: edad, instrucción, profesión y estado civil. Dentro de los siguientes centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito:

1. Hospital Julio Endara.
2. Subcentro de Chimbacalle
3. Hospital SOLCA Quito
4. Hospital San Juan de Dios
5. Clínica Guadalupe. (Ver anexos).

4.1.9 ANÁLISIS DE DATOS

La información de cada persona que ingresará al algoritmo de estudio se recogió en un formulario específico diseñado para el efecto, con la cual se levantó una base de datos en el Software Excel para su limpieza, el análisis estadístico el mismo se realizó en el programa SPSS 15, con la posterior elaboración de resultados, tablas y gráficos en el mismo.

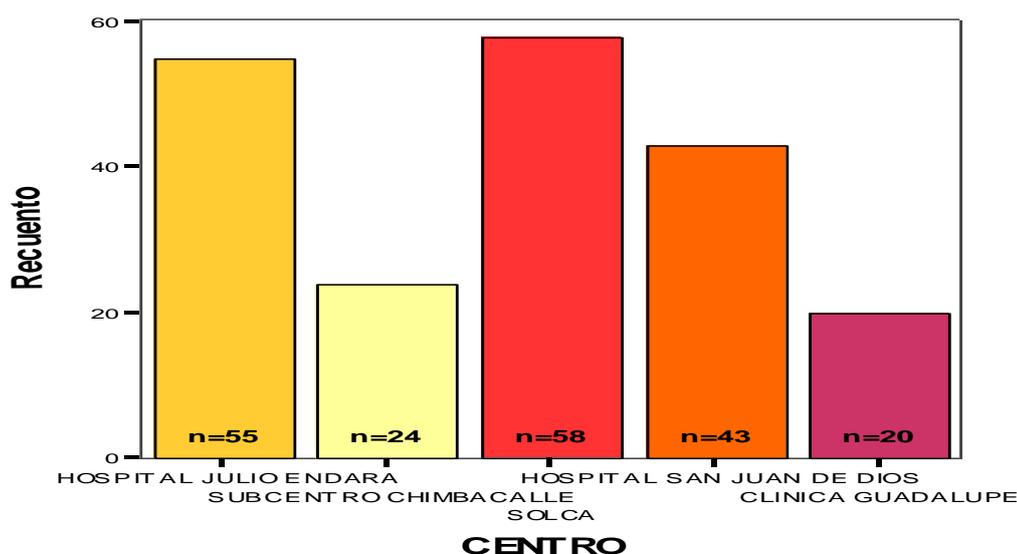
Se presentó el documento final con respectivas conclusiones y recomendaciones en formato Word.

Para las variables del estudio se realizó un análisis descriptivo que consistirá en la obtención distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y porcentajes.

5.- RESULTADOS

Entre los meses de agosto del 2008 y febrero del 2009 se determinó el porcentaje de depresión de mujeres que acudieron a centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito (“Hospital Julio Endara”, “Subcentro de Chimbacalle”, “Hospital SOLCA Quito”, “Hospital San Juan de Dios”, “Clínica Guadalupe”), también se determinó los síntomas depresivos mas frecuentes del Test de Beck y variables sociodemográficas como grupo étnico, instrucción, estado civil y ocupación. Con una muestra de 200 mujeres se realizaron en diferentes centros de salud mental el Distrito Metropolitano de Quito donde se puede observar que la mayoría con un 29% (n=58) corresponden al Hospital de SOLCA, con un 27.5% (n=55) el Hospital Julio Endara, seguido del 21.5% (n=43) corresponden al Centro de Reposo San Juan de Dios, con un 12% (n=24) corresponden al Centro de Salud de Chimbacalle y finalmente el 10% (n=20) corresponde a la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe. Esto se muestra en el siguiente gráfico:

GRÁFICO No. 1 Distribución de las Unidades de Salud Mental del Distrito Metropolitano de Quito donde se aplicaron las encuestas a las mujeres. Periodo agosto 2008 - febrero 2009.



Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera.

En lo que respecta a los grupos etáreos el mayor porcentaje de las mujeres 40% (n=80) corresponden a las edades comprendidas entre 31 a 45 años, seguido por el 34.5% (n=69) mujeres con edades comprendidas entre 15 a 30 años, y finalmente el 25.5% (n=51) de las mujeres con edades comprendidas entre los 46 a 65 años.

La siguiente tabla se resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los grupos etáreos descritos:

TABLA No. 5 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a grupo etáreo. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

GRUPO ETÁREO	%	n
15 a 30 años	34.5	(69)
31 a 45 años	40.0	(80)
46 a 65 años	25.5	(51)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. **Elaboración:** Dr. Diego Mera Orcés.

En lo que referente a la distribución del estado civil el mayor porcentaje de las mujeres 59% (n=118) corresponden a estado civil casadas, seguido del 20.5% (n=41) de mujeres solteras, continua el grupo de mujeres de unión libre con el 9% (n=18), seguido por el 6.5% (n=13) de mujeres divorciadas y finalmente el 4.5% (n=9) de las mujeres separadas y el 0.5% (n=1) mujeres viudas.

La siguiente tabla se resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a estado civil:

TABLA No. 6 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, según estado civil. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

ESTADO CIVIL	%	n
Soltera	20.5	(41)
Casada	59.0	(118)
Separada	4.5	(9)
Divorciada	6.5	(13)
Unión libre	9.0	(18)
Viuda	0.5	(1)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. **Elaboración:** Dr. Diego Mera Orcés.

En cuanto al nivel de instrucción de las mujeres que participaron en el estudio se aprecia que la mayoría de las pacientes son mujeres con instrucción bachiller con el 28.5% (n=57), seguido el 24.5% (n=49) instrucción superior incompleta, luego mujeres con instrucción secundaria incompleta con el 18% (n=36), el 12% (n=24) con instrucción superior completa, seguido de 10% (n=20) mujeres con instrucción primaria completa, y finalmente el 6.5% (n=13) corresponde a primaria incompleta y el 0.5% (n=1) corresponde a mujeres con postgrado.

La siguiente tabla se resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo instrucción:

TABLA No. 7 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a instrucción. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

INSTRUCCIÓN	%	n
Primaria incompleta	6.5	(13)
Primaria completa	10.0	(20)
Secundaria incompleta	18.0	(36)
Bachiller	28.5	(57)
Superior incompleta	24.5	(49)
Superior completa	12.0	(24)
Postgrado	0.5	(1)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. **Elaboración:** Dr. Diego Mera.

En lo que respecta a la ocupación de las mujeres que participaron en el estudio, el mayor porcentaje con el 45.5% (n=91) corresponden a trabajos activos, seguido un 27% (n=54) de mujeres con labores de hogar, el 13.5% (27) son estudiantes, el 10.5% (n=21) de mujeres son desempleadas y el 3.5% (n=7) mujeres son jubiladas.

La siguiente tabla se resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a ocupación:

TABLA No. 8 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a la ocupación. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

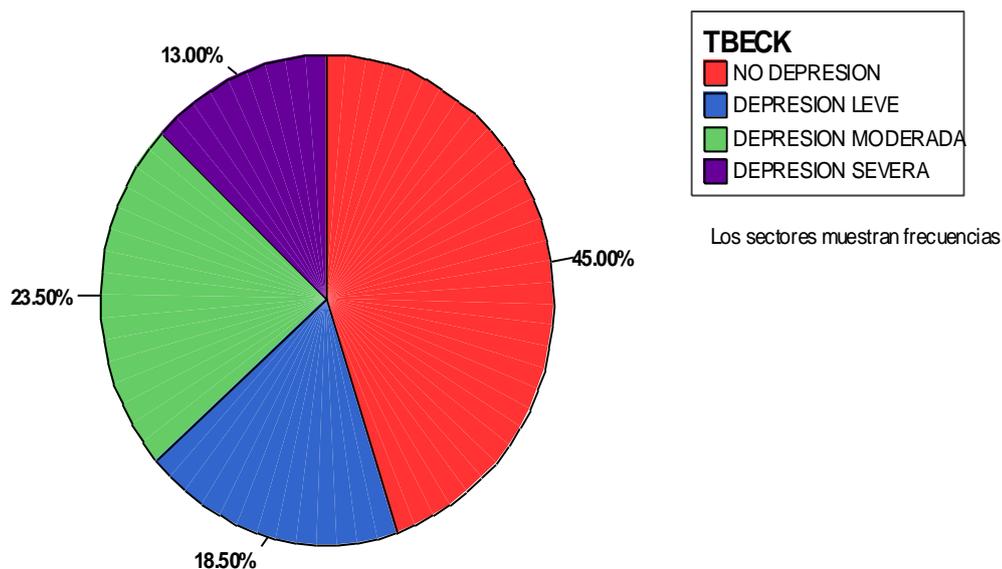
OCUPACIÓN	%	n
Labores del hogar	27.0	(54)
Trabajo activo	45.5	(91)
Jubilada	3.5	(7)
Desempleada	10.5	(21)
Estudiante	13.5	(27)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. **Elaboración:** Dr. Diego Mera Orcés.

Con relación a la distribución del nivel de depresión según el Test de Beck realizado a la muestra se aprecia que el mayor porcentaje de las mujeres el 45% (n=90) no presentan depresión, seguido un 23.5% (n=47) de mujeres con depresión moderada, el 18.5% (n=37) de las mujeres con depresión leve y el 13% (n=26) mujeres con depresión severa.

En el siguiente gráfico se muestra la distribución de la depresión de las mujeres que participaron en el estudio, según el Test de Beck:

GRÁFICO No. 2 Distribución de la depresión las mujeres que participaron en el presente estudio, según el test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.



Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009.
Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En lo que respecta a los síntomas que valora el test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, la tristeza el valor muy intenso representa el 3% (n=6) y el 97% (n=194) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado.

La siguiente tabla resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a síntoma de tristeza.

TABLA No. 9 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas tristeza del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

TRISTEZA	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	97	(194)
Intensidad: muy intenso	3	(6)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En cuanto a lo que respecta a los síntomas de pesimismo que valora el test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, el valor muy intenso representa el 8.5% (n=17) y el 91.5% (n=183) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado.

La siguiente tabla resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a síntoma de tristeza.

TABLA No. 10 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de pesimismo del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

PESIMISMO	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	91.5	(183)
Intensidad: muy intenso	8.5	(17)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

De acuerdo a lo que respecta a los síntomas de sentimientos de fracaso que valora el test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, el valor muy intenso representa el 8.5% (n=17) y el 91.5% (n=183) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado. Se resume en la siguiente tabla:

TABLA No. 11 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de sentimientos de fracaso del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

SENTIMIENTOS DE FRACASO	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	91.5	(183)
Intensidad: muy intenso	8.5	(17)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. **Elaboración:** Dr. Diego Mera Orcés.

En cuanto a lo que respecta a los síntomas de pérdida de placer que valora el test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, el valor muy intenso representa el 7.5% (n=15) y el 92.5% (n=185) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado.

La siguiente tabla se resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a síntoma de pérdida de placer:

TABLA No. 12 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de perdida de placer del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

PERDIDA DE PALCER	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	92.5	(185)
Intensidad: muy intenso	7.5	(15)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En cuanto a lo que respecta a los síntomas de sentimiento de culpa que valora el test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, el valor muy intenso representa el 3.5% (n=7) y el 96.5% (n=193) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado.

La siguiente tabla resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de sentimientos de culpa:

TABLA No. 13 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de sentimientos de culpa del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

SENTIMIENTOS DE CULPA	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	96.5	(193)
Intensidad: muy intenso	3.5	(7)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En cuanto a lo que respecta a los síntomas de sentimiento de castigo que valora el test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, el valor muy intenso representa el 13% (n=26) y el 87% (n=174) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado.

La siguiente tabla se resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de sentimientos de castigo:

TABLA No. 14 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de sentimientos de castigo del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

SENTIMIENTOS DE CASTIGO	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	87.0	(174)
Intensidad: muy intenso	13.0	(26)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En relación a lo que respecta a los síntomas de insatisfacción con uno mismo que valora el test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, el valor muy intenso representa el 5.5% (n=11) y el 94.5% (n=189) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado.

La siguiente tabla se resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas insatisfacción con uno mismo:

TABLA No. 15 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de insatisfacción con uno mismo del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

INSATISFACCIÓN CON UNO MISMO	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	94.5	(189)
Intensidad: muy intenso	5.5	(11)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En cuanto a lo que respecta a los síntomas de autocríticas que valora el test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, el valor muy intenso representa el 13% (n=26) y el 87% (n=174) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado.

La siguiente tabla resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de sentimientos de autocríticas:

TABLA No. 16 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de sentimientos de autocríticas del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

AUTOCRÍTICAS	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	87.0	(174)
Intensidad: muy intenso	13.0	(26)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En cuanto a lo que respecta a los síntomas de pensamientos o deseos de suicidio que valora el test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, el valor muy intenso representa el 0.5% (n=1) y el 99.5% (n=199) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado.

La siguiente tabla resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de pensamientos o deseos de suicidio:

TABLA No. 17 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de pensamientos o deseos de suicidio del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

AUTOCRÍTICAS	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	99.5	(199)
Intensidad: muy intenso	0.5	(1)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En lo que respecta a los síntomas de llanto del test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, la tristeza el valor muy intenso representa el 10% (n=20) y el 90% (n=180) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado.

La siguiente tabla resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a síntoma de llanto:

TABLA No. 18 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de llanto del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

LLANTO	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	90	(180)
Intensidad: muy intenso	10	(20)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En cuanto a lo que respecta a los síntomas de agitación del test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, el valor muy intenso representa el 7% (n=14) y el 93% (n=186) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado.

La siguiente tabla se resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a síntoma de agitación:

TABLA No. 19 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de agitación del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

AGITACIÓN	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	93	(186)
Intensidad: muy intenso	7	(14)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En cuanto a lo que respecta a los síntomas de pérdida de interés que valora el test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, el valor muy intenso representa el 4% (n=8) y el 96% (n=192) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado.

La siguiente tabla resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de sentimientos de pérdida de interés:

TABLA No. 20 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de sentimientos de pérdida de interés del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

PERDIDA DE INTERÉS	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	96.0	(192)
Intensidad: muy intenso	4.0	(8)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En lo que respecta a los síntomas de indecisión del test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, la tristeza el valor muy intenso representa el 10% (n=20) y el 90% (n=180) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado.

La siguiente tabla resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a síntoma de indecisión:

TABLA No. 21 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de indecisión del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

INDECISIÓN	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	90	(180)
Intensidad: muy intenso	10	(20)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En relación a lo que respecta a los síntomas de inutilidad con uno mismo que valora el test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, el valor muy intenso representa el 2.5% (n=5) y el 97.5% (n=195) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado.

La siguiente tabla resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de inutilidad:

TABLA No. 22 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de inutilidad del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

INUTILIDAD	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	97.5	(195)
Intensidad: muy intenso	2.5	(5)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En cuanto a lo que respecta a los síntomas de pérdida de energía del test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, el valor muy intenso representa el 7% (n=14) y el 93% (n=186) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado. La siguiente tabla resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a síntomas de pérdida de energía.

TABLA No. 23 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de pérdida de energía del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

PERDIDA DE ENERGÍA	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	93	(186)
Intensidad: muy intenso	7	(14)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. **Elaboración:** Dr. Diego Mera Orcés.

En respecto a los síntomas de cambios en el patrón de sueño del test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, el valor muy intenso representa el 15.5% (n=31) y el 84.5% (n=169) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado.

La siguiente tabla resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a síntomas de cambios en el patrón de sueño:

TABLA No. 24 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de cambios en el patrón de sueño del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

CAMBIOS EN EL PATRÓN DE SUEÑO	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	84.5	(169)
Intensidad: muy intenso	15.5	(31)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En cuanto a lo que respecta a los síntomas de irritabilidad que valora el test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, el valor muy intenso representa el 9% (n=18) y el 91% (n=182) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado.

La siguiente tabla resume la distribución:

TABLA No. 25 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de irritabilidad del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

IRRITABILIDAD	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	91.0	(182)
Intensidad: muy intenso	9.0	(18)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En relación a lo que respecta a los síntomas de cambios en el apetito que valora el test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, el valor muy intenso representa el 10.5% (n=21) y el 89.5% (n=179) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado.

La siguiente tabla se resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de cambios en el apetito:

TABLA No. 26 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de cambios en el apetito del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

CAMBIOS EN EL APETITO	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	89.5	(179)
Intensidad: muy intenso	10.5	(21)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. **Elaboración:** Dr. Diego Mera Orcés.

En relación a lo que respecta a los síntomas de dificultad de concentración que valora el test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, el valor muy intenso representa el 5.5% (n=11) y el 94.5% (n=189) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado.

La siguiente tabla se resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de dificultad de concentración:

TABLA No. 27 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de dificultad de concentración del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	94.5	(189)
Intensidad: muy intenso	5.5	(11)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En cuanto a lo que respecta a los síntomas de cansancio o fatiga que valora el test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, el valor muy intenso representa el 4% (n=8) y el 96% (n=192) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado.

La siguiente tabla resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de sentimientos de cansancio o fatiga:

TABLA No. 28 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de sentimientos de cansancio o fatiga del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

CANSANCIO O FATIGA	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	96.0	(192)
Intensidad: muy intenso	4.0	(8)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En respecto a los síntomas de pérdida de interés en el sexo del test de Beck para la depresión, tenemos las mujeres que participaron en el estudio, el valor muy intenso representa el 15.5% (n=31) y el 84.5% (n=169) corresponden a las intensidades ausentes, leves y moderado.

La siguiente tabla se resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a síntomas de pérdida de interés en el sexo:

TABLA No. 29 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los síntomas de pérdida de interés en el sexo del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

PERDIDA DE INTERÉS EN EL SEXO	%	n
Intensidad: ausente, leve y moderado	84.5	(169)
Intensidad: muy intenso	15.5	(31)
Total	100	200

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009.
Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés

En lo que respecta frecuencia de los síntomas muy intensos que valora el test de Beck para la depresión el mayor porcentaje de las mujeres 15.5% (n=31) corresponden a síntomas de cambios del sueño y pérdida de interés del sexo, seguidos por el 13% (n=26) mujeres con síntomas de sentimientos de castigo y autocríticas, seguidas del 10.5% (n=21) de síntomas de cambios de apetito, el 10% (n=20) de síntomas de llanto y indecisión, seguida del 9% (n=18) de síntomas de irritabilidad, y finalmente con el 8.5% (n=17) de las mujeres con síntomas de pesimismo y sentimientos de fracaso. La siguiente tabla se resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los principales síntomas muy intensos del test de Beck para la depresión:

TABLA No. 30 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los principales síntomas muy intensos del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

PRINCIPALES SÍNTOMAS MUY INTENSOS PARA LA DEPRESIÓN	%	n
Cambios del sueño	15.5	31
Perdida de interés del sexo	15.5	31
Sentimientos de castigo	13	26
Autocríticas	13	26
Cambios del apetito	10.5	21
Llanto	10	20
Indecisión	10	20
Irritabilidad	9	18
Pesimismo	8.5	17
Sentimientos de fracaso	8.5	17

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. **Elaboración:** Dr. Diego Mera Orcés.

En cuanto a la relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de tristeza en el que se aprecia que el 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 2% (n=4) presentan síntomas muy intensos de tristeza. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de tristeza, es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 15.752; con un gl: 1; y una $p < 0.05$) con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de tristeza del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de tristeza:

TABLA No. 31 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de tristeza del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	TRISTEZA		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	86 (172)	1 (2)	87.0% (174)
Depresión severa	11 (22)	2 (4)	13.0% (26)
TOTAL	97.0% (194)	3.0% (6)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En cuanto a la relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de pesimismo en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 6% (n=12) presentan síntomas muy intensos de pesimismo. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de pesimismo, es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 54.479; con un gl: 1; y una $p < 0.05$) con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de pesimismo del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de pesimismo:

TABLA No. 32 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de pesimismo del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	PESIMISMO		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	84.5 (169)	2.5 (5)	87.0% (174)
Depresión severa	7 (14)	6 (12)	13.0% (26)
TOTAL	91.5% (183)	8.5% (17)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En cuanto a la relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de sentimientos de fracaso en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 6% (n=12) presentan síntomas muy intensos de sentimientos de fracaso. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de fracaso, es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 54.479; con un gl: 1; y una $p < 0.05$) con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de sentimientos de fracaso del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de sentimientos de fracaso.

TABLA No. 33 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de sentimientos de fracaso del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	SENTIMIENTOS DE FRACASO		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	84.5 (169)	2.5 (5)	87.0% (174)
Depresión severa	7 (14)	6 (12)	13.0% (26)
TOTAL	91.5% (183)	8.5% (17)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En cuanto a la relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de pérdida de placer en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 3% (n=6) presentan síntomas muy intensos de pérdida de placer. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de pérdida de placer es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 10.452; con un gl: 1; y una $p < 0.05$) con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de pérdida de placer del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de pérdida de placer.

TABLA No. 34 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de de perdida de placer del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	PERDIDA DE PLACER		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	82.5 (165)	4.5 (9)	87.0% (174)
Depresión severa	10 (20)	3 (6)	13.0% (26)
TOTAL	92.5% (185)	7.5% (15)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de sentimientos de culpa, en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 3.5% (n=7) presentan síntomas muy intensos de sentimientos de culpa. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de sentimientos de culpa, es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 48.545; con un gl: 1; y una $p < 0.05$) con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de sentimientos de culpa del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de sentimientos de culpa.

TABLA No. 35 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de sentimientos de culpa del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	SENTIMIENTOS DE CULPA		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	87 (174)	0.0 (0)	87.0% (174)
Depresión severa	9.5 (19)	3.5 (7)	13.0% (26)
TOTAL	96.5% (193)	3.5% (7)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de sentimientos de castigo, en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 10% (n=20) presentan síntomas muy intensos de sentimientos de castigo. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de sentimientos de castigo, es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 107.971; con un gl: 1; y una $p < 0.05$) con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de sentimientos de castigo del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de sentimientos de castigo:

TABLA No. 36 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de sentimientos de castigo del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	SENTIMIENTOS DE CASTIGO		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	84 (168)	3 (6)	87.0% (174)
Depresión severa	3 (6)	10 (20)	13.0% (26)
TOTAL	87.0% (174)	13.0% (26)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de insatisfacción con uno mismo, en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 2.5% (n=5) presentan síntomas muy intensos de insatisfacción con uno mismo. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de insatisfacción con uno mismo, es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 10.841; con un gl: 1; y una $p < 0.05$) con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de de insatisfacción con uno mismo del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de insatisfacción con uno mismo:

TABLA No. 37 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de insatisfacción con uno mismo del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	INSATISFACCIÓN CON UNO MISMO		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	84 (168)	3 (6)	87.0% (174)
Depresión severa	10.5 (21)	2.5 (5)	13.0% (26)
TOTAL	94.5% (189)	5.5% (11)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de autocríticas, en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 6% (n=12) presentan síntomas muy intensos de autocríticas. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de autocríticas es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 29.044; con un gl: 1; y una $p < 0.05$) con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de autocríticas del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de autocríticas:

TABLA No. 38 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de autocríticas del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	AUTOCRÍTICAS		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	80 (160)	7 (14)	87.0% (174)
Depresión severa	7 (14)	6 (12)	13.0% (26)
TOTAL	87.0% (174)	13.0% (26)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de pensamientos o deseos de suicidio, en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 0.5% (n=1) presentan síntomas muy intensos de pensamientos o deseos de suicidio. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de pensamientos o deseos de suicidio es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 6.726; con un gl: 1; y una $p > 0.05$) con lo que se demostró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de pensamientos o deseos de suicidio del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de pensamientos o deseos de suicidio:

TABLA No. 39 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de pensamientos o deseos de suicidio del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	PENSAMIENTOS O DESEOS DE SUICIDIO		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	87 (174)	0 (0)	87.0% (174)
Depresión severa	12.5 (25)	0.5 (1)	13.0% (26)
TOTAL	99.5% (199)	0.5% (1)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de llanto, en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 5% (n=10) presentan síntomas muy intensos de llanto. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de llanto es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 26.899; con un gl: 1; y una $p < 0.05$) con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de llanto del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de llanto:

TABLA No. 40 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de llanto mismo del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	LLANTO		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	82 (164)	5 (10)	87.0% (174)
Depresión severa	8 (16)	5 (10)	13.0% (26)
TOTAL	90.0% (180)	10.0% (20)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de agitación, en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 4% (n=8) presentan síntomas muy intensos de agitación. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de agitación es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 25.936; con un gl: 1; y una $p < 0.05$) con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de agitación del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de agitación.

TABLA No. 41 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de agitación mismo del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	AGITACIÓN		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	84 (168)	3 (6)	87.0% (174)
Depresión severa	9 (18)	4 (8)	13.0% (26)
TOTAL	93.0% (180)	7.0% (14)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de pérdida de interés, en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 2.5% (n=5) presentan síntomas muy intensos de pérdida de interés. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de pérdida de interés es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 18.054; con un gl: 1; y una $p < 0.05$) con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de pérdida de interés del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de pérdida de interés:

TABLA No. 42 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de pérdida de interés del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	PERDIDA DE INTERÉS		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	85.5 (171)	1.5 (3)	87.0% (174)
Depresión severa	10.5 (21)	2.5 (5)	13.0% (26)
TOTAL	96.0% (192)	4.0% (8)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de indecisión, en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 6.5% (n=13) presentan síntomas muy intensos de indecisión. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de indecisión es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 53.129; con un gl: 1; y una $p < 0.05$) con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de indecisión del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de indecisión:

TABLA No. 43 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de indecisión del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	INDECISIÓN		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	83.5 (167)	3.5 (7)	87.0% (174)
Depresión severa	6.5 (13)	6.5 (13)	13.0% (26)
TOTAL	90.0% (180)	10.0% (20)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En cuanto a la relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de inutilidad, en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 0.5% (n=1) presentan síntomas muy intensos de inutilidad. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de inutilidad es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 0.222; con un gl: 1; y una $p > 0.05$) con lo que se demostró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de inutilidad del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de inutilidad:

TABLA No. 44 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de inutilidad del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	INUTILIDAD		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	85 (170)	2 (4)	87.0% (174)
Depresión severa	12.5 (25)	0.5 (1)	13.0% (26)
TOTAL	97.5% (180)	2.5% (20)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de pérdida de energía, en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 4.5% (n=9) presentan síntomas muy intensos de pérdida de energía. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de pérdida de energía es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 35.009; con un gl: 1; y una $p < 0.05$) con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de pérdida de energía del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de pérdida de energía:

TABLA No. 45 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de pérdida de energía del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	PERDIDA DE ENERGÍA		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	84.5 (169)	2.5 (5)	87.0% (174)
Depresión severa	8.5 (17)	4.5 (9)	13.0% (26)
TOTAL	93.0% (186)	7.0% (14)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de cambios en el patrón de sueño, en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 6% (n=12) presentan síntomas muy intensos de cambios en el patrón de sueño. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de cambios en el patrón de sueño es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 21.441; con un gl: 1; y una $p < 0.05$) con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de cambios en el patrón de sueño del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de cambios en el patrón de sueño:

TABLA No. 46 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de cambios en el patrón de sueño del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	CAMBIOS EN EL PATRÓN DE SUEÑO		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	77.5 (155)	9.5 (19)	87.0% (174)
Depresión severa	7 (14)	6 (12)	13.0% (26)
TOTAL	84.5% (169)	15.5% (31)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de irritabilidad, en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 3.5% (n=7) presentan síntomas muy intensos de irritabilidad. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de irritabilidad es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 11.722; con un gl: 1; y una $p < 0.05$) con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de irritabilidad del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de irritabilidad:

TABLA No. 47 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de irritabilidad del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	IRRITABILIDAD		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	81.5 (163)	5.5 (11)	87.0% (174)
Depresión severa	9.5 (19)	3.5 (7)	13.0% (26)
TOTAL	91.0% (182)	9.0% (18)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de cambios en el apetito, en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 4.5% (n=9) presentan síntomas muy intensos de cambios en el apetito. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de cambios en el apetito es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 18.494; con un gl: 1; y una $p < 0.05$) con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de cambios en el apetito del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de cambios en el apetito:

TABLA No. 48 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de cambios en el apetito del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	CAMBIOS EN EL APETITO		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	81 (162)	6 (12)	87.0% (174)
Depresión severa	8.5 (17)	4.5 (9)	13.0% (26)
TOTAL	89.5% (179)	10.5% (21)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de dificultad de concentración, en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 5.5% (n=11) presentan síntomas muy intensos de dificultad de concentración. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de dificultad de concentración es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 77.900; con un gl: 1; y una $p < 0.05$) con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de dificultad de concentración del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de dificultad de concentración:

TABLA No. 49 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de dificultad de concentración del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	87 (174)	0.0 (0)	87.0% (174)
Depresión severa	7.5 (15)	5.5 (11)	13.0% (26)
TOTAL	94.5% (189)	5.5% (11)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En cuanto a la relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de cansancio o fatiga, en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 3% (n=6) presentan síntomas muy intensos de cansancio o fatiga. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de cansancio o fatiga es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 28.323; con un gl: 1; y una $p < 0.05$) con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de cansancio o fatiga del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de cansancio o fatiga:

TABLA No. 50 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de cansancio o fatiga del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	CANSANCIO O FATIGA		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	86 (172)	1 (2)	87.0% (174)
Depresión severa	10 (20)	3 (6)	13.0% (26)
TOTAL	96.0% (192)	4.0% (8)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

En relación entre la depresión severa y los síntomas muy intensos de pérdida de interés en el sexo, en el que se aprecia que del 13% (n=26) de mujeres con depresión severa, un 7% (n=14) presentan síntomas muy intensos de pérdida de interés en el sexo. Con la finalidad de comprobar si la depresión y los síntomas de pérdida de interés en el sexo es significativamente la muestra, se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un (valor = 33.551; con un gl: 1; y una $p < 0.05$) con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas de de pérdida de interés en el sexo del test de Beck.

La siguiente tabla se resume la relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de pérdida de interés en el sexo:

TABLA No. 51 Relación entre depresión severa y síntomas muy intensos de pérdida de interés en el sexo del test de Beck para la depresión. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

	PERDIDA DE INTERÉS EN EL SEXO		TOTAL
	Ausente, leve y moderado	Muy intenso	
	% n	% n	
No depresión, leve y moderada	78.5 (157)	8.5 (17)	87.0% (174)
Depresión severa	6 (12)	7 (14)	13.0% (26)
TOTAL	84.5% (192)	15.5% (31)	100.0% (200)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009. Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

Tomando en cuenta el 13% (n=26) de depresión severa según el test de Beck, en lo que respecta frecuencia de los síntomas muy intensos en relación a la depresión severa el mayor porcentaje de las mujeres un 10% (n=20) presentan síntomas muy intensos de sentimientos de castigo, seguido por el 7% (n=14) que presentan síntomas muy intensos de pérdida de interés en el sexo, continuado por el 6.5% (n=13) presentan síntomas muy intensos de indecisión, seguido con el 6% (n=12) presentan síntomas muy intensos de sentimientos de pesimismo, de sentimientos de fracaso, autocríticas y cambios en el patrón de sueño. Finalmente continua con el 5.5% (n=11) presentan síntomas muy intensos de dificultad de concentración, con el 5% (n=10) presentan síntomas muy intensos de llanto y el 4.5% (n=9) presentan síntomas muy intensos de cambios en el apetito.

La siguiente tabla se resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los principales síntomas muy intensos del test de Beck para la depresión con relación a la depresión severa:

TABLA No. 52 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a los principales síntomas muy intensos del test de Beck para la depresión con relación a depresión severa. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

PRINCIPALES SÍNTOMAS MUY INTENSOS CON RELACIÓN A LA DEPRESIÓN SEVERA	%	n	P
Sentimientos de castigo	10	20	P<0.05
Perdida de interés del sexo	7.0	14	P<0.05
Indecisión	6.5	13	P<0.05
Pesimismo	6.0	12	P<0.05
Sentimientos de fracaso	6.0	12	P<0.05
Autocríticas	6.0	12	P<0.05
Cambios del sueño	6.0	12	P<0.05
Dificultad de concentración	5.5	11	P<0.05
Llanto	5.0	10	P<0.05
Cambios del apetito	4.5	9	P<0.05

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009.
Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

Tomando en cuenta el (n=26) de depresión severa según el test de Beck, en lo que respecta frecuencia de los síntomas muy intensos en relación a la depresión severa el mayor porcentaje de las mujeres 76.9% presentan síntomas muy intensos de sentimientos de castigo, seguido por el 53.8% que presentan síntomas muy intensos de perdida de interés en el sexo, continuado por el 50% presentan síntomas muy intensos de indecisión, seguido con el 46.2% presentan síntomas

muy intensos de sentimientos de pesimismo, de sentimientos de fracaso, autocríticas y cambios en el patrón de sueño, continua con el 42.3% presentan síntomas muy intensos de dificultad de concentración, con el 38.5% presentan síntomas muy intensos de llanto, el 34.6% presentan síntomas muy intensos de cambios en el apetito y pérdida de energía, con el 30.8% presentan síntomas muy intensos de agitación, con el 26.9% presentan síntomas muy intensos de irritabilidad y sentimientos de culpa. Con el 23.1% presentan síntomas muy intensos de cansancio y pérdida del placer, continuando con el 19.2% que presentan síntomas muy intensos de insatisfacción con uno mismo y pérdida de interés. Finalmente con el 15.4% presentan síntomas muy intensos de tristeza y con el 3.8% con inutilidad y pensamientos o deseos de suicidio.

La siguiente tabla se resume la distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a la depresión severa con relación con todos los síntomas muy intensos del test de Beck:

TABLA No. 53 Distribución de las mujeres que participaron en el presente estudio, de acuerdo a la depresión severa con relación de todos los síntomas muy intensos del test de Beck. Periodo agosto 2008 – febrero 2009.

LA DEPRESIÓN SEVERA CON RELACIÓN DE TODOS LOS SÍNTOMAS MUY INTENSOS DEL TEST DE BECK	%
Sentimientos de castigo	76.9
Perdida de interés del sexo	53.8
Indecisión	50.0
Pesimismo	46.2
Sentimientos de fracaso	46.2
Autocríticas	46.2
Cambios del sueño	46.2

Dificultad de concentración	42.3
Llanto	38.5
Cambios del apetito	34.6
Pérdida de energía	34.6
Agitación	30.8
Irritabilidad	26.9
Sentimientos de culpa	26.9
Cansancio o fatiga	23.1
Pérdida de placer	23.1
Insatisfacción con uno mismo	19.2
Perdida de interés	19.2
Tristeza	15.4
Inutilidad	3.8
Pensamientos o deseos de suicidio	3.8

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de centros de salud mental del Distrito Metropolitano de Quito que participaron en el presente estudio durante el periodo agosto 2008 a febrero 2009.
Elaboración: Dr. Diego Mera Orcés.

6.- DISCUSIÓN

La parte medular o central de este estudio lo constituye la discusión donde se puso la capacidad analítica, crítica e interpretativa para el desarrollo de la mejor manera de dicha tesis. Con la discusión se realizó la interpretación de toda la información que se obtuvo durante el proceso investigativo y sobre todo las conclusiones, son deducciones a las que ha llagado tras haber realizado el análisis e interpretación de los datos obtenidos en el proceso de investigación.

6.1 DESARROLLO DE LA DISCUSIÓN

En este trabajo, se obtiene que la depresión severa está presente en el 13% (n=26) de la población investigada, este porcentaje es muy parecidos a comparación a los estudios en grandes poblaciones que reportan que la prevalencia de depresión mayor a lo largo de la vida es del 10-25% para las mujeres y del 5-12% para los varones, y la recurrencia de los trastornos afectivos constituye un problema de salud mental grave, estudios realizados por Usall y Rodié en el 2001. También este mismo estudio demuestra que el 85% de los pacientes con un episodio de depresión mayor padecerá alguna recurrencia, con un aumento de la gravedad evidente de cada uno de los episodios siguientes, por ello la importancia del seguimiento de dicha población.

Las semejanzas entre estos datos y, los hallados en el presente estudio, nos demuestra sobre la confiabilidad de los datos y la aplicación del test de Beck a la población de mujeres de la ciudad de Quito.

Se determinó que la mayoría de mujeres con un 29% (n=58) corresponden al Hospital de SOLCA, con un 27.5% (n=55) el Hospital Julio Endara, seguido del 21.5% (n=43) corresponden al Centro de Reposo San Juan de Dios, con un 12% (n=24) corresponden al Centro de Salud de Chimbacalle y finalmente el 10% (n=20) corresponde a la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe.

En lo que respecta a los grupos etáreos el mayor porcentaje de las mujeres 40% (n=80) corresponden a las edades comprendidas entre 31 a 45 años, seguido por el 34.5% (n=69) mujeres con edades comprendidas entre 15 a 30 años, y finalmente el 25.5% (n=51) de las mujeres con edades comprendidas entre los 46 a 65 años. En general se acepta que la edad de comienzo tardía y el propio envejecimiento son factores de mal pronóstico para la depresión. Sin embargo, en varios estudios de seguimiento a largo plazo no se ha encontrado que la edad de aparición del primer episodio constituya un factor de riesgo para la recurrencia o la cronicidad.

En realidad cuando se realizan análisis más detallados se suele encontrar que los verdaderos factores de mal pronóstico son otras variables que generalmente se asocian a la edad avanzada, como la presencia de comorbilidad física, discapacidad o de factores psicosociales como la falta de red de apoyo, la jubilación o los procesos de duelo como lo demuestran estudios realizados por M. Martín E. y Colaboradores en el 2008.

En lo que referente a la distribución del estado civil el mayor porcentaje de las mujeres 59% (n=118) corresponden a estado civil casadas, seguido del 20.5% (n=41) de mujeres solteras, continua el grupo de mujeres de unión libre con el 9% (n=18), seguido por el 6.5% (n=13) de mujeres divorciadas y finalmente el 4.5% (n=9) de las mujeres separadas y el 0.5% (n=1) mujeres viudas tomado en cuenta estudios de Vázquez, F y Torres, A en 2007 que refieren como factores de riesgo en la depresión son mujeres separadas o divorciadas pero como podemos ver en este estudio las mujeres con estado civil separadas y divorciadas los datos son bajos.

En cuanto al nivel de instrucción de las mujeres que participaron en el estudio se aprecia que la mayoría de las pacientes son mujeres con instrucción bachiller con el 28.5% (n=57), seguido el 24.5% (n=49) instrucción superior incompleta, luego mujeres con instrucción secundaria incompleta con el 18% (n=36), el 12% (n=24) con instrucción superior completa, seguido de 10% (n=20) mujeres con instrucción primaria completa, y finalmente el 6.5% (n=13) corresponde a primaria incompleta y el 0.5% (n=1) corresponde a mujeres con postgrado.

Las variables implicadas con mayor frecuencia con depresión son el estado civil, el nivel socioeconómico, la presencia de acontecimientos adversos y la presencia de conflictividad familiar como lo demuestra estudios realizados por M. Martín E. y Colaboradores en el 2008.

En lo que respecta frecuencia de los síntomas muy intensos que valora el test de Beck para la depresión en la población de Quito el mayor porcentaje de las mujeres 15.5% (n=31) corresponden a síntomas de cambios del sueño y pérdida de interés del sexo, seguidos por el 13% (n=26) mujeres con síntomas de sentimientos de castigo y autocríticas, seguidas del 10.5% (n=21) de síntomas de cambios de apetito, el 10% (n=20) de síntomas de llanto y indecisión, seguida del 9% (n=18) de síntomas de irritabilidad, y finalmente con el 8.5% (n=17) de las mujeres con síntomas de pesimismo y sentimientos de fracaso.

Estos datos contradicen a Carlos Castilla del Pino en su libro sobre un estudio sobre la depresión refiere que la depresión es un síndrome en el que lo nuclear del mismo es la tristeza pero podemos ver en este estudio que el síntoma tristeza no aparece dentro de los 10 principales síntomas intensos del test de Beck y más bien aparecen otros síntomas de mayor importancia en la población de mujeres del Distrito Metropolitano de la ciudad de Quito, como se puede ver que en la depresión severa el síntoma mas frecuente son síntomas de castigo con el 76.9%.

Esté estudio nos demuestra que la depresión existe una asociación de múltiples factores como normas culturales, valores, el nivel socioeconómico, la presencia de acontecimientos adversos, la presencia de conflictividad familiar y de pareja entre otros como lo refieren estudios de la Asociación Americana de Psiquiatría en el 2005 y que la depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características.

La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo.

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque

períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Con relación a la distribución del nivel de depresión según el Test de Beck realizado a la muestra se aprecia que el mayor porcentaje de las mujeres el 45% (n=90) no presentan depresión, seguido un 23.5% (n=47) de mujeres con depresión moderada, el 18.5% (n=37) de las mujeres con depresión leve y el 13% (n=26) mujeres con depresión severa estos datos se aprecia que hay un sub-diagnóstico de depresión por parte de los profesionales ya que muchas no fueron tratadas como depresión, este fenómeno se presenta en nuestro medio por múltiples circunstancias: primeramente debemos mencionar la falta de importancia que se da a los trastornos mentales subclínicos, por parte del personal de salud, debido justamente a las falencias en su formación académica, tomando en cuenta además que la clínica de la depresión, al menos en sus fases iniciales es compleja e inespecífica y en ocasiones presenta comorbilidad con enfermedades somáticas, por lo que generalmente se da mayor atención a esta afección y no al aspecto mental.

El estresante ritmo de vida actual hace que las pacientes no tomen en cuenta sus síntomas mentales, talvez por creerlos de menor importancia o por que no causan un verdadero impacto en su actividad cotidiana, a lo que se van acostumbrando y se perpetúa su condición depresiva.

Se observa que es mayor el porcentaje de mujeres con el 45.5% (n=91) corresponden a trabajos activos, seguido un 27% (n=54) de mujeres con labores de hogar, el 13.5% (27) son estudiantes, el 10.5% (n=21) de mujeres son desempleadas y el 3.5% (n=7) mujeres son jubiladas estos datos ratifican a los estudios de fármaco-economía que aseguran un alto costo de las enfermedades depresivas reportadas en 2005 por Paúl A. y Colaboradores. Este grupo de mujeres tienen mayor accesibilidad a los servicios de salud, y por tanto poder controlar y superar esta enfermedad.

Este estudio se examinó la relación existente entre la depresión severa y los síntomas de mayor intensidad que valora el test de Beck para la depresión en

mujeres que acuden a consulta de centros de salud mental de las unidades médicas del Distrito Metropolitano de Quito, los hallazgos nos demuestran que del (n=26) de mujeres con depresión severa, que el mayor porcentaje de las mujeres con un 76.9% presentan síntomas muy intensos de sentimientos de castigo, seguido por el 53.8% que presentan síntomas muy intensos de pérdida de interés en el sexo, continuado por el 50% presentan síntomas muy intensos de indecisión, seguido con el 46.2% presentan síntomas muy intensos de sentimientos de pesimismo, de sentimientos de fracaso, autocríticas y cambios en el patrón de sueño.

Finalmente continua con el 42.3% presentan síntomas muy intensos de dificultad de concentración, con el 38.5% presentan síntomas muy intensos de llanto y el 34.6% presentan síntomas muy intensos de cambios en el apetito.

Este estudio nos demuestra estadísticamente (Chi-cuadrado de Pearson) que en cuanto a la relación de la depresión severa y los síntomas de mayor intensidad del test de Beck para la depresión podemos ver que 19 síntomas presentan una $P < 0.05$ con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas que valora el del test de Beck.

Solo dos síntomas tanto los pensamientos o deseos de suicidio y inutilidad presenta una $P > 0.05$ con lo que se demostró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y estos dos síntomas que valora el del test de Beck.

Debemos tomar en cuenta que estos dos síntomas como son pensamientos o deseos de suicidio y inutilidad con una $P > 0.05$ en la población de la ciudad de Quito no son significativos con el test de Beck y que a pesar que varios estudios sobre todo los realizados por M. Martín E. y Colaboradores en el 2008 donde refieren que la intensidad de los síntomas depresivos, la presencia de síntomas psicóticos y de conductas suicidas ha sido considerada tradicionalmente como indicadora de gravedad del cuadro depresivo, lo que coincide con los resultados de diversos estudios lo que este estudio valora otros síntomas de mayor importancia y como profesionales de salud mental la importancia de su aplicación en nuestro medio.

Tomado en cuenta estos datos debemos saber que en la depresión existen otros factores socioculturales, la mayoría de los estudios que analizan el papel de los factores socioculturales en la evolución de la depresión se encuentran sesgados por problemas metodológicos, tales como falta de estandarización de los tratamientos aplicados, duración variable del seguimiento, definiciones imprecisas de los acontecimientos vitales y muestras de estudio heterogéneas.

No obstante, y dada la fuerte correlación encontrada entre factores estresantes y de soporte y la aparición de la depresión, no cabe duda de que se trata de un área de estudio importante.

7.- CONCLUSIONES

- Se concluye que los niveles de depresión de mujeres que acuden a consulta de salud mental de las Unidades Médicas del Distrito Metropolitano de Quito es:

Depresión severa: 13%

Depresión moderada: 23.5%

Depresión leve: 18.5%

No depresión: 45%

- En lo que respecta frecuencia de los diez primeros síntomas muy intensos que valora el test de Beck para la depresión tenemos:

Cambios del sueño: 15.5%

Perdida de interés del sexo: 15.5%

Sentimientos de castigo: 13%

Autocríticas: 13%

Cambios del apetito: 10.5%

Llanto: 10%

Indecisión: 10%

Irritabilidad: 9%

Pesimismo: 8.5%

Sentimientos de fracaso: 8.5%

- Se concluye que entre relación de la frecuencia de los síntomas muy intensos del test de Beck y la depresión severa (n=26) presentamos los diez mayores porcentajes:

Sentimientos de castigo:	76.9%
Perdida de interés del sexo:	53.8%
Indecisión:	50.0%
Pesimismo:	46.2%
Sentimientos de fracaso:	46.2%
Autocríticas:	46.2%
Cambios del sueño:	46.2%
Dificultad de concentración:	42.3%
Llanto:	38.5%
Cambios del apetito:	34.6%

- Este estudio nos demuestra estadísticamente (Chi-cuadrado de Pearson) que en cuanto a la relación de la depresión severa y los síntomas de mayor intensidad del test de Beck para la depresión podemos ver que 19 síntomas presentan una $P < 0.05$ con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y síntomas que valora el del test de Beck.
- Solo dos síntomas tanto los pensamientos o deseos de suicidio y inutilidad presenta una $P > 0.05$ con lo que se demostró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre depresión y estos dos síntomas que valora el del test de Beck.
- Esté estudio nos demuestra que la depresión existe una asociación de múltiples factores como normas culturales, valores, el nivel socioeconómico, la presencia de acontecimientos adversos, la presencia de conflictividad familiar y de pareja entre otros.

8.- RECOMENDACIONES

- Se recomienda un mayor compromiso de los profesionales de atención primaria para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales y la importancia de la difusión de los datos obtenidos tanto a los profesionales de salud mental como a la comunidad.
- Dado el porcentaje de subregistros de diagnóstico de depresión hallado en este estudio, se recomienda brindar capacitación a las unidades de atención en salud para diagnosticar adecuadamente la depresión en etapas iniciales donde es más factible y efectivo el tratamiento, sobre todo a nivel primario de atención.
- Para contribuir y comprender más claramente la evolución de la depresión en mujeres, sobre todo en aquellas con antecedentes de depresión, es necesario realizar estudios analíticos prospectivos concurrentes.

9.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Castilla del Pino, Carlos. (2002). *Estudio sobre La Depresión*. Ediciones Península. Barcelona.
- 2.- Oquendo, María A y Cols. (2004). Inestabilidad sintomática en la depresión mayor recurrente: un estudio prospectivo. *Am J Psychiatry (Ed Esp)* 7:5.
- 3.- Usall i Rodié. (2001). Diferencias de género en los trastornos del estado de ánimo: una revisión de la literatura, *Actas Españolas de Psiquiatría*; 29(4):269-274 Barcelona.
- 4.- Crespo, D. y Cols. (2001). Prevalencia de los trastornos depresivos en psiquiatría de enlace, *Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. Actas Españolas de Psiquiatría*; 29(2):75-83.
- 5.- Paúl A. y Cols. (2005). Estudios del análisis de coste-utilidad del diagnóstico y tratamiento de la depresión: una revisión sistemática *Am J Psychiatry (Ed Esp)* 8:3, Marzo.
- 6.- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro de Egresos Hospitalarios 2000 y 2007. Disponible: WWW. inec.gov.ec.
- 7.- Corral A y Vivanco J. (2003). Estudio de asociación entre el trastorno depresivo y variables psicosociales en estudiantes regulares de la facultad de medicina de la PUCE. *Revista actualidad. Quito- Ecuador*.
- 8.- Fernández Rocío. (2007). *Evaluación Psicológica*. Pirámide. Madrid-España.
- 9.- Ann Marriner y Martha Raile. (2006). *Modelos y teorías en enfermería*. Sexta edición. Elsevier Mosby.

- 10.- Sánchez, J y Cano Sánchez .J (2009). Psicoterapia Cognitiva de Beck. Psicología Online. Disponible: www.psicologia-online.com/.../personalidad7.htm
- 11.- Lewis Aiken. (2003) Test Psicológicos y evaluación. Pearson, Undécima edición. México.
- 12.- Escribá Quijada y Colaboradores. (2005). Prevalencia de depresión en adolescentes. Actas Españolas de Psiquiatría; 33(5):298-302.
- 13.- Michael Tyson G y Miller Range L. (2009). La depresión: comparación entre la Gestalt y otros puntos de vista. Gestalt Journal, Vol. IV, No. 1. Disponible: www.robertexto.com/archivo11/depre_gestalt.htm.
- 14.- M. Martín E. y Cols. (2008). Factores de riesgo y predictores de evolución en la depresión a largo plazo. Actas Españolas de Psiquiatría; 36 (Supl. 2):12-18.
15. - Sophie Banfield, M. (2001). Extra Relationship Involvement Among Women: Are They Different From Men? Archives of Sexual Behavior, Vol. 30, No. 2.
- 16.- Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. (2004). Editorial Médica Panamericana, S.A. Madrid-España.
17. - American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. (2003). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson.
- 18.- El peso de la enfermedad en el Ecuador. (1999). Centro de estudios de población y desarrollo social. CEPAR.
- 19.- Lambardi Eduardo. (2003). Algunos datos sobre Prevalencia, Consecuencias y Costos de la Depresión. Disponible: www.cpp.com.ar/articulos/AlgunosdatosobrePrevalencia.pdf

- 20.- A. Comasa y E. Álvarez. (2004). Conocimiento y percepción de la depresión entre la población española. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Actas Españolas de Psiquiatria: 32(6):371-376.
- 21.- Establecimientos de salud especializados. (2008). Disponible en: http://www4.quito.gov.ec/spirales/9_mapas_tematicos/9_5 equipamiento/mapas/mapa_5_2_3.jpg.
- 22.- Hermanas Hospitalarias: provincia de Colombia. (2008). Editorial Don Bosco.
- 23.- Fernando I y Vázquez Ángela. (2007). Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión Clínica y Salud, Vol. 18 n.º 2 Clínica y Salud, Vol. 18 n.º 2 - Págs. 221-246. ISSN: 1135-0806.
- 24.- Sanz, J. Perdigón, A y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-ii (bdi-ii): 2. propiedades psicométricas en población general. Clínica y salud, Vol. 14 n.º. 3 - Págs. 249-280.
- 25.- Vallejo. J, Burbena, A. (1983). Introducción a la Psicopatología, Salvat Editores. España.
- 26.- Ruiz. O. (1976). Manual de Psicología Médica y Psicopatología. Ed. Toray. Barcelona.
- 27.- Aguilar E, Psicología Médica. (1993). Primera Edición. Ecuador.
- 28.- Gómez Restrepo Carlos. (2002). Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños Adolescentes y Adultos. Primera Edición Editorial Ceja. Bogotá.
29. - Let's Talk Facts About. Copyright. (2005). American Psychiatric Association. Disponible: <http://www.healthyminds.org/multimedia/depressionespanol.pdf>
- 30.- Pernoll martín, Benson Ralph. (1989). Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétricos. Quinta edición. Editorial El Manual moderno. México D.F.

31. - Barry R. Komisaruk. (2008). Functional MRI of the Brain During Orgasm in Women Rutgers, The State University of New Jersey.
- 32.- Pfaus, J G., Damsma. G., Wenkstern, D., & Eibiger, H. C. (1995). Sexual activity increases dopamine transmission in the nucleus accumbens and striatum of female rats. *Brain Research*. 693, 21-30.
33. - Pfaus, J G., & Heeh, M. M. (1997). Implications of immediate-early gene induction in the brain following sexual stimulation of female and male rodents. *Brain Research Bulletin*. 44, 397-407.
34. - Sophie Banfield, M. (2001). Extra Relationship Involvement Among Women: Are They Different From Men? *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 30, No. 2.
35. - Doreen A. Rosenthal¹ and Anthony M. A. Smith. (1997). Adolescent Sexual Timetables *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 26, No. 5.
- 36.- J. Cáceres, B, Osacar. (2004). Depresión, antidepresivos y sexualidad medicina psicosomática y psiquiatría de enlace 40 c. *MED. psicosom*, nº 69 / 70. Disponible: www.editorialmedica.com/cuader-69-70-04-trabajo4.pdf.
- 37.- Centro de Reposo San Juan de Dios. (2008). Disponible: www.crsjd.org/autoridades.htm - 22k
- 38.- Vázquez, F y Torres, A. (2007). Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. *Clínica y salud*, Vol. 18 n.º 2 - Págs. 221-246. issn: 1135-0806.
- 39.- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes contrastarnos psicológicos, *Clínica y Salud*, 10 (1), 59-81.
40. - Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1986, 1993). *BDI Manual*, San Antonio: The Psychological Corporation. Manuales de la versión de 1978.

- 41.- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDIII Manual*, San Antonio: The Psychological Corporation.
42. - Beck, A. T. Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E. y Erbaugh, T. (1961). An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
43. - Vázquez, C. y Jiménez, F. (2000). Depresión y Manía. A. Bulbena, G. E. Berrios y P. Fernández de Larrinoa (eds.). *Medición en psiquiatría y psicología*, Barcelona: Masson.

10. ANEXOS

10.1 ANEXOS “CENTROS QUE OFRECEN SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN QUITO”

Centros públicos y privados del Distrito Metropolitano de Quito que prestan Servicios de Salud Mental

Quito, ciudad capital de la República del Ecuador, es una metrópoli que día a día se construye, donde la estructura moderna se funde con la heredad mestiza y colonial.

Situada en la cordillera de los Andes a 2800 metros sobre el nivel del mar, ocupa una meseta de 12000 kilómetros cuadrados. Su temperatura ambiental oscila entre 10 y 25 grados centígrados, con grandes contrastes climáticos. Además, la ciudad está rodeada de los volcanes Pichincha, Cotopaxi, Antisana y Cayambe.

Quito, colmada de significados que la identifican y definen, ocupa laderas o baja a los valles, serpentea a través de callejones y se abre en amplias avenidas; zigzaguea, sorteando colinas y quebradas. Erigida sobre las ruinas de un antiguo centro aborígen de los indios shyris y fundada por los españoles el seis de diciembre de 1534.

Quito está dividido en tres zonas. En el norte se ubica el Quito moderno, donde se erigen grandes estructuras urbanas y comerciales; el centro o Quito antiguo reúne el legado colonial y artístico, en el sector sur se puede ubicar núcleos de expresión juvenil, que impulsan nuevas formas de cultura e interacción social.

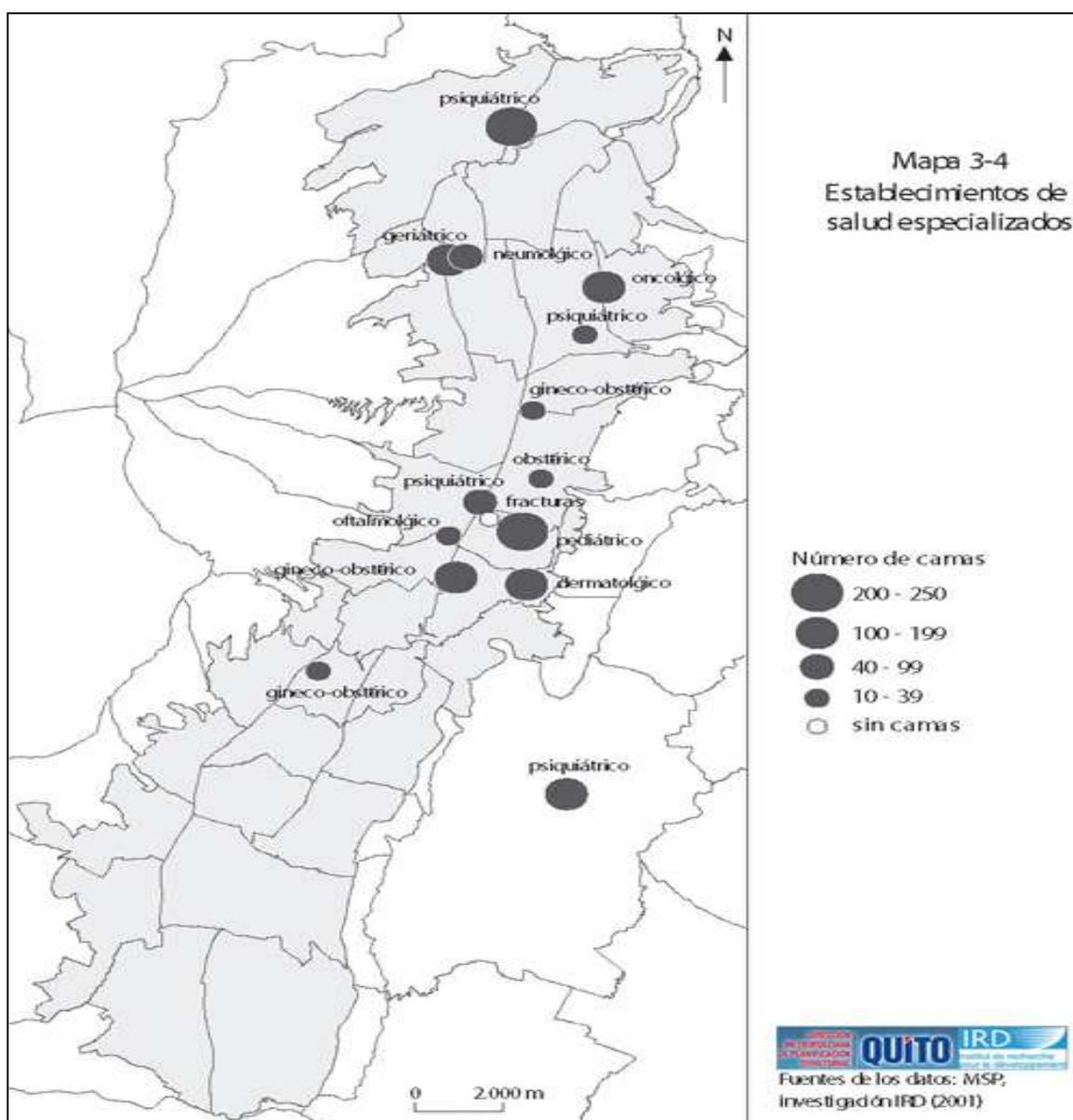
La ciudad, en los últimos años, ha estado sujeta a un gran cambio urbanístico que la extendió hacia el norte, sur, los Valles de Tumbaco (hacia el nor-orient) y los Chillos (en el sur oriente); esto ha permitido un notable crecimiento económico y poblacional.

Esto exigió del gobierno local una reorganización geográfica, administrativa y de conducción gubernamental de la ciudad.

En el Distrito coexisten 1'842.201 habitantes dentro de 65 parroquias metropolitanas centrales y suburbanas, en las zonas urbanas viven 1'397.698 habitantes, de los cuales el 51.5% corresponde al sexo femenino. (21,22)

GRÁFICO No.3

Establecimientos de salud especializados (2001)



Los establecimientos de salud especializados son aquellos que están en capacidad de ofrecer servicios particulares de salud. El Distrito Metropolitano de Quito cuenta con un total de 15 establecimientos especializados, siendo mayoría hospitales y clínicas que ofrecen en conjunto 1.366 camas, es decir el 30.8% del total disponible en el Distrito Metropolitano de Quito. Todos están ubicados en la zona urbana y se nota una notable concentración en el norte de la ciudad, a excepción del hospital psiquiátrico “Julio Endara” localizado en Conocoto. (21,22)

En el cantón Quito, existen cinco principales hospitales que ofrecen servicios de salud mental como el “San Lázaro” está ubicado en el centro histórico el “Julio Endara” en Conocoto, siendo los dos públicos. De carácter privado son la “Clínica Guadalupe” (Diez de Agosto y Orellana) y el Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón de Jesús” (Cotocollao), que pertenece a la Conferencia Episcopal y El Centro de Reposo “San Juan de Dios” (Valle de los Chillos). (21,22)

Además en Quito hay varias instituciones públicas y privadas de atención médica que dan consulta en salud mental como son: Hospital "Baca Ortiz" Hospital "Carlos Andrade Marín" Hospital "Eugenio Espejo" Hospital Enrique Garcés" Centro Salud "Chimbacalle" Hospital de las "FF.AA" "SOLCA" y centros privados y consultorios médicos y psicológicos en toda la urbe.

10.2.- ANEXOS “INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK”

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

BDI-II

Nombre o Código: Edad: Sexo:

Estado civil:.....Profesión:.....

Estudios:.....

Instrucciones: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también.

Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. Tristeza

0 No me siento triste habitualmente.

1 Me siento triste gran parte del tiempo.

2 Me siento triste continuamente.

3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desanimado sobre mi futuro.

1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.

2 No espero que las cosas mejoren.

3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

3. Sentimientos de fracaso

0 No me siento fracasado.

1 He fracasado más de lo que debería.

2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.

3 Me siento una persona totalmente fracasada.

4. Pérdida de placer

0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.

1 No disfruto de las cosas tanto como antes.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de culpa

0 No me siento especialmente culpable.

1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable constantemente.

6. Sentimientos de castigo

0 No siento que esté siendo castigado.

1 Siento que puedo ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Insatisfacción con uno mismo

0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.

1 He perdido confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto.

8. Autocríticas

0 No me critico o me culpo más que antes.

1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.

2 Critico todos mis defectos.

3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos de suicidio

0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.

1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.

2 Me gustaría suicidarme.

3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo.

2 Lloro por cualquier cosa.

3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

11. Agitación

0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.

1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.

1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.

2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.

3 Me resulta difícil interesarme en algo.

13. Indecisión

0 Tomo decisiones más o menos como siempre.

1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.

2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Inutilidad

0 No me siento inútil.

1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.

2 Me siento inútil en comparación con otras personas.

3 Me siento completamente inútil.

15. Pérdida de energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1 Tengo menos energía de la que solía tener.

2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.

3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el patrón de sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

1 a Duermo algo más de lo habitual.

1 b Duermo algo menos de lo habitual.

2 a Duermo mucho más de lo habitual.

2 b Duermo mucho menos de lo habitual.

3 a Duermo la mayor parte del día.

3 b Me despierto una o dos horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

0 No estoy más irritable de lo habitual.

1 Estoy más irritable de lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.

3 Estoy irritable continuamente.

18. Cambios en el apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1 a Mi apetito es algo menor de lo habitual.

1 b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.

2 a Mi apetito es mucho menor que antes.

2 b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.

3 a He perdido completamente el apetito.

3 b Tengo ganas de comer continuamente.

19. Dificultad de concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- 3 No puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo.

_____ Puntuación página 1

_____ Puntuación página 2

_____ Puntuación total

**10.3 ANEXOS “CERTIFICADOS E AUTORIZACIÓN DE LOS DATOS
OBTENIDOS EN LA TESIS”**