

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas

Rompamos el Misterio, la Depresión no discrimina: campaña de comunicación para informar y sensibilizar sobre la depresión como enfermedad mental

Macarena Barbosa Cattani

Gabriela Falconí, M.A., Directora de Tesis

Tesis de grado presentada como requisito
para la obtención del título de Licenciada en Comunicación Organizacional
y Relaciones Públicas

Quito, diciembre de 2014

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Rompamos el Misterio, la Depresión no discrimina: campaña de comunicación para informar y sensibilizar sobre la depresión como enfermedad mental

Macarena Barbosa Cattani

Gabriela Falconí, M.A.
Directora de la tesis

Santiago Castellanos, Ph.D.
Miembro del Comité de Tesis

Gustavo Cusot, M.A.
Miembro del Comité de Tesis

Hugo Burgos, Ph.D.
Decano del Colegio de
Comunicación y Artes
Contemporáneas

Quito, diciembre de 2014

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: _____

Nombre: Macarena Barbosa Cattani

C. I.: 1715826382

Lugar: Quito

Fecha: diciembre de 2014

DEDICATORIA

Quiero dedicar este proyecto de tesis a todas las personas que han atravesado por la depresión y que de una u otra manera no se han sentido escuchados ni han recibido el apoyo necesario para llegar a un tratamiento. También, quiero dedicarlo a aquellas personas que han tenido el valor de pedir ayuda y han logrado superar esta enfermedad.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer infinitamente a mi madre, Cecilia Cattani Meythaler, por ser el pilar fundamental de mi vida y por ser la fuerza que me impulsa a seguir adelante. Agradezco el apoyo incondicional que siempre me ha brindado y, sobretodo, durante este proyecto de titulación ya que sin ella nada de esto hubiera sido posible.

Muchas gracias a Gabriela Falconí por ser una impecable profesora y guía, tanto académica como personal.

Finalmente, agradezco a la Fundación Nuestros Jóvenes por permitirme trabajar con ellos para informar sobre esta problemática a nivel mundial.

RESUMEN

Esta investigación trata de todos los ámbitos de la depresión como: historia, posibles causas, consecuencias, posibles tratamientos, prevalencia e incidencia tanto a nivel mundial como en el Ecuador. Para comprender el origen de la depresión se tomó como referencia a los principales autores académicos y especialistas en el tema con el fin de realizar una campaña de información y sensibilización para la sociedad quiteña. Rompamos el Misterio, la Depresión no discrimina es la campaña ejecutada, a nivel comunicacional, para desmitificar a la depresión e informar a la sociedad sobre lo que esta enfermedad abarca.

Palabras clave: depresión, enfermedad, sociedad.

ABSTRACT

This investigation examines all the areas of depression like: its history, its possible causes, its consequences, its possible treatments, prevalence and incidence worldwide and in Ecuador. To understand the origins of depression, the most important academic authors and specialists were taken as a reference to finally develop an informative communicational campaign about this problem. “Rompeamos el Misterio, la Depresión no discrimina” was the campaign designed to inform society about depression and what this illness could cause.

Key words: depression, disease, society.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	7
Abstract	8
Antecedentes	12
Planteamiento del Problema.....	15
Hipótesis	15
Pregunta de Investigación.....	16
Contexto y Marco Teórico	16
Definición de Términos	16
Presunciones del autor de estudio	17
Supuestos del Estudio.....	17
REVISIÓN DE LA LITERATURA	18
Géneros de literatura incluidos en la revisión.....	18
Fuentes.....	18
Pasos en el proceso de la revisión de literatura	18
Formato de la revisión de la literatura	18
MARCO TEÓRICO.....	19
Introducción	19
Tipos de Depresión	21
Trastorno depresivo mayor.....	22
Distimia.....	23
Trastorno depresivo menor.....	23
Trastorno depresivo recurrente.....	24
Depresión post parto.....	24
Trastorno bipolar.....	24
Panorama Internacional	25
Prevalencia de la depresión a nivel mundial.....	25
Posibles causas de la depresión.....	28
Manejo y Tratamiento de la Depresión.....	31
Depresión en el Mundo.....	32
Francia.....	35
Estados Unidos.....	37
Organizaciones y acciones para la prevención de la depresión de la OMS.....	39
Panorama Nacional	41
Antecedentes Nacionales.....	41
Profesionales en salud mental en el Ecuador.....	45
Centros de Atención de Salud Mental.....	47
Presupuesto a Nivel Nacional.....	50
Análisis.....	51
Fundación Nuestros Jóvenes	62
Objetivo General de Informa-T/Ayuda-T.....	63
EJECUCIÓN PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	64
Tema	64
Justificación.....	64

Target/ Grupo objetivo	64
Nombre de la campaña	65
Slogan de la campaña	65
Logo de la campaña	65
Objetivo General	66
Objetivos Específicos	66
PRODUCCIÓN DE LA CAMPAÑA	67
Piezas comunicacionales gráficas	67
Portadas de Facebook.	67
Posts de Facebook.	68
Rollup.	68
Flyer Informativo del Evento.	69
BTL: SOS Informativo.	69
Producto	69
Actividades Comunicacionales	70
BTL: “SOS: No es tristeza, es depresión”	70
Fotos del BTL	71
Evento: “Entendamos la depresión...”	72
Fotos del evento: “Entendamos la depresión...”	73
Activismo.	74
Foto de la campaña recibida por el Ministerio de Salud.	75
Medios Digitales	76
Video	77
Cuña de Radio	77
Vocero	77
Ingresos	77
Gestión de Medios	78
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	80
Respuesta a la pregunta de investigación	80
Conclusiones	80
Recomendaciones	81
REFERENCIAS	83

TABLAS

Tabla 1.....	27
Tabla 2.....	34
Tabla 3.....	38
Tabla 4.....	44
Tabla 5.....	45
Tabla 6.....	46
Tabla 7.....	60
Tabla 8.....	77

FIGURAS

Figura 1.....	33
Figura 2.....	37
Figura 3.....	39
Figura 4.....	70

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Este estudio muestra la situación, a nivel mundial y en el Ecuador, sobre la depresión considerada como un estigma mas no como una enfermedad mental. En general, la sociedad percibe a la depresión, sea como algo irrelevante o, en el caso de conocer a alguien que la padezca, como algo fuera de lo común. El análisis del estudio se lo hace a través de afirmaciones de especialistas y académicos con un profundo conocimiento en el tema. Este estudio abarca una gama de contenidos e información relevante como: entrevistas, cuadros y estadísticas, que claramente nos indican de qué se trata la depresión. Se investigó lo que es padecer depresión desde una perspectiva médica y objetiva para constatar hechos y datos certeros sobre esta enfermedad.

Antecedentes

El comportamiento del ser humano según las circunstancias a las que se ve enfrentado es extremadamente variable. Todas las personas reaccionan y a lo largo de la historia han reaccionado de manera distinta ante diferentes situaciones o acciones que les afectan. Sin embargo; según Jesús Cobo Gómez, psiquiatra de la Universitat Autònoma de Barcelona, en la historia del concepto de “depresión”, existe una gran evolución tanto teórica como cultural (Cobo, 2005).

El conocimiento actual sobre la connotación clínica de los trastornos del humor ya fue descrito desde un inicio por la civilización griega y romana alrededor del año 400 a.C. Estas civilizaciones fueron las primeras en definir los términos “melancolía” y “manía” al igual que relacionarlos con causas biológicas (Ortuño, 2010). Ellos fueron los que asociaron los síntomas a causas biológicas y rasgos de temperamento, por lo que se basaban en el equilibrio de los “cuatro tipos de humores (sangre, bilis negra, bilis

amarilla y flema” (Ortuño, 2010). Entonces, en el caso de haber un exceso o falta de estos humores, se generaba una enfermedad mental o física relacionada con el concepto de melancolía.

Para los hipocráticos de los siglos V y VI a.C., el término actualmente llamado depresión se lo llamaba “melancolía” y estaba asociado con actitudes referentes a la “desesperación, insomnio, irritabilidad, falta de apetito e intranquilidad” (Cobo, 2005) y por lo tanto se caracterizaba por la tristeza. Como seres humanos perceptivos, es normal el sentimiento de tristeza cuando ocurren situaciones adversas. Según los estudios de este psiquiatra inminente, durante el siglo II después de Cristo, el concepto de depresión se fue formalizando y solidificando ya que los textos médicos tanto occidentales como islámicos siguieron manteniendo la misma definición de durante aproximadamente 1500 años (Cobo, 2005). Rufo de Éfeso, un médico de la antigua Grecia, fue el principal involucrado en el estudio de la melancolía y el modificador de ésta definición agregando síntomas y rasgos de una persona melancólica que, a través de sus estudios, logró identificar. Éfeso clasificó como rasgos fundamentales a la “locura crónica” donde el paciente mostraba actitudes temerosas, de tristeza, sin ánimo de vivir y frecuentemente con ideas fijas que en la mayoría de veces se las relacionaba con ideas de riesgo suicida.

En el Renacimiento, los médicos se mantuvieron con la defensa del origen biológico con las enfermedades mentales. Después, entre los siglos XVI y XVII se desarrollaron distintas modificaciones de éste concepto como una patología que se presentaba sin motivo aparente (Cobo, 2005) y “predominaba el pensamiento que separaba la mente y el cuerpo, negando cualquier interacción entre ambos” (Ortuño, 2010). En el siglo XVIII, se desarrolló un movimiento llamado “tratamiento moral” el

cual protegía y defendía la dignidad de los enfermos mentales y el respeto hacia los mismos (Ortuño, 2010). Fue a principios del siglo XIX donde, Jean Étienne Dominique Esquirol, un psiquiatra francés especializado en la “locura”, modificó este antiguo concepto y lo transformó clasificando a la melancolía en una “forma de perturbación depresiva grave” o “insania parcial” con constantes ideas delirantes. (Cobo, 2005) De igual manera, Esquirol fue el que, a través de sus estudios, diferenció claramente a la locura de una enfermedad mental. En el siglo XIX, se mantuvo esta identificación y diferenciación de que un trastorno anímico sea una tristeza patológica y que una enfermedad mental sea una depresión (Cobo, 2005). A principios del siglo XX, el concepto de “depresión” se formaliza y se lo subdivide en términos como: histeria, obsesión, fobia, ansiedad, hipocondría, entre otros. A mediados del siglo XX se impulsó el estudio de los trastornos del humor ya que se descubrió que éstos eran mucho más comunes en la población en general. Emil Kraepelin, el padre de la psiquiatría moderna relacionó cuadros clínicos de la manía y melancolía moderna y fue quien diferenció a la depresión de la esquizofrenia. Asimismo, se opuso a Freud, quien decía que los trastornos como la depresión eran causados por factores psicológicos (Ortuño, 2010).

Actualmente, en el siglo XXI, se toma muy en cuenta a la depresión como una patología y existen diferentes formas de tratamiento e identificación a través de la psicología y psiquiatría. Según Cristina Castillo, especialista en psicología clínica, “la depresión es un trastorno del estado de ánimo que comúnmente se confunde con simple tristeza, pero en realidad es una patología que suele presentarse con agitación, problemas físicos y orgánicos de distinto tipo”. (Castillo, 2014)

Entonces, es evidente que a lo largo de la historia ha existido este tipo de variación anímica y que desde un principio ha sido tomado en cuenta como objeto de estudio hasta llegar a ser un objeto de tratamiento.

Planteamiento del Problema

La depresión es una enfermedad mental que está presente en más de 350 millones de personas a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2012). Es de suma importancia detectar síntomas de depresión para llegar a un tratamiento holístico adecuado a tiempo para prevenir la peor de las consecuencias: el suicidio (Camino, 2014). Sin embargo, el trastorno depresivo leve está en primer lugar como motivo de consulta de salud mental en el Ecuador y el Ecuador consta en segundo lugar en Latinoamérica con mayores índices de suicidio (Bromet , y otros, American Journal BMC Medicine, 2011) lo que significa que existe un alto índice de depresión a nivel nacional y este problema no está 100% tomado en cuenta ya que si se lo detectara a tiempo no habría tal cantidad de suicidios (Comisión de Salud Mental (2014).

Hipótesis

Ya que la información sobre la depresión en el Ecuador no es suficiente y existe un desconocimiento por parte de la sociedad en cuanto a esta problemática, debido a que en estos casos las personas no saben cómo manejar una depresión o como tratar a alguien que la tiene; se determina que es de suma importancia que haya existencia de mayor información sobre la misma para desarrollar formas de detección temprana y llegar a un tratamiento holístico adecuado.

Con el fin de llegar de una manera más directa a la sociedad mediante la campaña “Rompe el Misterio, la Depresión no discrimina”, es relevante enfocarse en dos aspectos importantes: la insuficiente difusión de información en cuanto a la depresión y la mala concepción que se tiene sobre esta problemática. En el primer aspecto, se pretende desarrollar actividades que permitan difundir la problemática y cómo detectarla a tiempo y en el segundo aspecto, se pretende cambiar la percepción que se tiene sobre la depresión en cuanto a que se la considera como tristeza o un simple estado de ánimo. De igual manera, se pretende llegar a toda la sociedad mediante el apoyo del Ministerio de Salud Pública a través de la presentación de la propuesta de campaña para replicarla.

Pregunta de Investigación

¿Se considera a la depresión como una tristeza simple o un estado de ánimo que puede cambiar en cualquier momento?

Contexto y Marco Teórico

Esta investigación tiene como sustento información médica y especializada para definir y comprender de manera específica qué es la depresión. De igual manera, se sustenta en información estadística que nos permite constatar la gravedad de este problema tanto a nivel mundial como en el Ecuador.

Definición de Términos

Depresión: Enfermedad mental que afecta a la vida cotidiana social y de salud de la persona debido a factores biológicos, psicosociales y químicos.

Presunciones del autor de estudio

Para esta investigación se utilizaron investigaciones internacionales e investigaciones nacionales con el fin de comprender qué es la depresión y la magnitud que esta representa. Una presunción de esta investigación puede ser que la información actual a nivel nacional sobre este tema no está lo suficientemente claro. Por otro lado, otra presunción puede ser que las personas entrevistadas pudieron estar sesgadas a contestar con completa sinceridad por miedo a ser juzgadas.

Supuestos del Estudio

En esta investigación se puede suponer que en base a la campaña se logrará informar y desmitificar a la depresión como una simple tristeza e impulsar a la sociedad a que acudan a un especialista para salud mental en caso de detectar ciertos síntomas relacionados con la depresión.

A continuación se encuentra la Revisión de la Literatura utilizada para esta investigación. Esto está seguido del Marco Teórico, la Campaña de Mercadeo Social, sus resultados, conclusiones y recomendaciones.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes.

En esta investigación se utilizó literatura de documentos médicos académicos, investigaciones universitarias publicadas en revistas académicas, información sobre campañas anteriores sobre la depresión, estadísticas del Ministerio de Salud Pública y entrevistas a médicos y especialistas (psicólogos y psiquiatras).

Pasos en el proceso de la revisión de literatura

Los temas de la revisión se generaron mediante lluvias de ideas, búsqueda de palabras clave en bases de datos académicas e internet, sugerencia de psicólogos y profesores.

Formato de la revisión de la literatura

La revisión de la literatura de esta investigación será revisada en base al tema central “la depresión” y sus subtemas más importantes. No se lo realizará en orden cronológico ni mediante la importancia de autores.

MARCO TEÓRICO

Introducción

El Dr. Felipe Ortuño, especialista en psiquiatría y psicología médica, señala que “los trastornos del humor se manifiestan como un conjunto de síntomas persistentes (semanas o meses), que claramente marcan una diferencia con respecto al funcionamiento habitual de la persona, y que tienden a la cronicidad y a la recurrencia, con un impacto negativo en la calidad de vida y en el rendimiento global del paciente” (Ortuño, 2010). Entre estos síntomas se puede encontrar la pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y mala concentración. De igual manera, la depresión puede presentarse de manera contraria con síntomas de ansiedad (Federación Mundial de la Salud Mental, 2012).

La depresión es un trastorno serio y recurrente ligado a la disminución del desempeño en roles diarios y calidad de vida, morbilidad médica y mortalidad (Bromet, y otros, American Journal BMC Medicine, 2011). Esta patología puede llegar a convertirse en una complicación para la salud de una forma grave ya que puede durar desde días hasta periodos muy largos, y en éste último caso es muy común el sufrimiento excesivo y es donde se la detecta como depresión. Estos trastornos depresivos pueden llegar a ser crónicos o recurrentes lo que significa tener dificultad con llevar sus actividades diarias de manera común. En casos extremadamente graves, puede terminar en un suicidio.

El paciente que tiene un trastorno depresivo presenta alteraciones en cuatro áreas específicas: humor, actividad psicomotriz, función cognitiva y síntomas

biológicos (Ortuño, 2010). En cuanto a las alteraciones del humor, la tristeza, apatía, pérdida de interés por ciertas actividades que antes producían placer, tendencia al llanto, irritabilidad, angustia, entre otros son muy comunes en una persona deprimida. Todas estas alteraciones siempre se relacionan con la tristeza, sin embargo, no es considerada como una “tristeza normal” ya que ésta es como una “nube negra” que está permanentemente con la persona deprimida. Una “tristeza normal” es capaz de ser aliviada con acontecimientos positivos mientras que durante la depresión, la tristeza no mejora. Esto se da ya que durante una “tristeza normal” existe una variación circadiana que es “un pico de tristeza por la mañana que va mejorando durante el día” y la persona se siente mejor. En la depresión, se da una eutimia que es cuando “el humor deprimido está presente la mayor parte del día, la mayoría de los días” (Ortuño, 2010).

Otra de las alteraciones en un episodio depresivo es cuando las actividades, mental y motora, se ven afectadas. Se puede presentar como agitación o retardo psicomotriz siendo los dos completamente opuestos. En el caso de un retardo psicomotor, la persona deprimida sufre una variación al movilizarse, pensar y hablar. Puede presentar dificultades al caminar debido a la falta de energía y fatiga; las respuestas verbales pueden ser monosilábicas o pausadas y su presencia física o aseo personal suele disminuir. En cambio, la agitación psicomotora se presenta como una forma de intranquilidad, inquietud e incapacidad para permanecer relajado. La forma de hablar es muy rápida y se refleja un nerviosismo constante (Ortuño, 2010).

De igual manera, la función cognitiva es otra alteración que se da en casos de depresión. Aquí disminuye la capacidad de concentración, se incrementa la indecisión y existen constantes pensamientos negativos. Un paciente que sufra de depresión suele tener pensamientos desproporcionados o inexistentes. “Son pensamientos automáticos,

ilógicos y de connotación negativa en torno a ideas de nula valía personal, pesimismo o culpa” (Ortuño, 2010). En esta alteración es donde la persona deprimida tiene pensamientos extremos como el de sentirse que no vale nada, que hace todo mal, que todo va a salir mal, etc. Cuando esta alteración se da de una forma grave y los pensamientos son constantes, se pueden presentar ideas de muerte como solución a los problemas o como forma de escape al problema. De igual manera, los pensamientos suicidas se pueden solidificar y desarrollarse en deseos hasta planes de muerte. Alrededor del 15% de los trastornos depresivos graves pueden llegar a desarrollar características “delirantes”. (Ortuño, 2010)

Asimismo, las alteraciones en el sueño son muestras de una alteración de los síntomas biológicos, en este caso puede presentarse como sueño excesivo o falta del mismo. “También se ha observado una alteración en el patrón polisomnográfico del sueño: acortamiento del periodo de latencia de la primera fase REM, aumento de la actividad REM en el primer tercio de la noche y disminución de las fases III y IV (correspondientes al sueño más profundo)” (Ortuño, 2010), lo que significa que inconscientemente la persona con depresión está intranquila. Por otro lado, también se dan alteraciones en el apetito, como la falta o exceso de hambre; la disminución de la libido, dolores físicos, palpitaciones cardíacas, entre otros. (Ortuño, 2010)

Tipos de Depresión

Existen distintos tipos de depresión y estos se los clasifica dependiendo de la cantidad e intensidad de los síntomas. Éstos pueden ser clasificados como: leves, moderados o graves. Para poder clasificar una depresión es crucial determinar si se da en una persona con antecedentes de episodios maníacos (Organización Mundial de la

Salud, 2012). Sin embargo, en cualquiera de los dos casos puede ser crónicos y recurrentes, sobre todo si no se les brinda la atención inmediata. La clasificación de los trastornos depresivos se encuentran en el DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y la CIE-10 (Clasificación internacional de Enfermedades), por lo que es una lista extensa según severidad, presentación clínica, evolución, etc. Los tipos de depresión a mencionar, son aquellos con mayor prevalencia y los que se presentan con frecuencia a nivel mundial.

Un episodio depresivo es definido por un periodo de tiempo distintivo donde existe un humor irritable y elevado de manera persistente. Para reconocer a una persona depresiva, es importante determinar que los síntomas referentes al humor duren al menos una semana y que los cambios de humor estén acompañados de tres síntomas adicionales (enlistados en el DSM-IV-TR) como por ejemplo: pérdida o aumento de peso excesivo, insomnio, hipersomnias, sentimiento de culpa, baja o alta autoestima, entre otros (American Psychiatric Association, 2000).

Trastorno depresivo mayor.

Este es el trastorno de mayor diagnóstico debido a que existe una posibilidad de que los trastornos leves no sean tomados en cuenta por las personas que los padecen y no acudan al psicólogo y por ende no se diagnostique (Ortuño, 2010). En cuanto a la intensidad, es moderada o grave, ya que provoca un alto impacto en el funcionamiento de la persona. En promedio, la edad de inicio a este trastorno, es de 30 y 35 años y se pronostica que el 80% de las personas que lo padecen se recuperan en aproximadamente un año, sin embargo, existe una gran posibilidad de recurrencia (Ortuño, 2010). Según estudios de la Asociación Americana de Psiquiatría, hasta el

60% de las personas con este trastorno presenta otro episodio similar a lo largo de su vida. En este caso, se presentan alteraciones del humor como la pérdida de interés y reducción de la energía durante un mínimo de dos semanas (Organización Mundial de la Salud, 2012). Es notorio los cambios en las cuatro áreas: humor, actividad psicomotriz, función cognitiva y alteraciones biológicas. Los episodios de esta patología pueden presentarse más de una vez en la vida de una persona (National Institute of Mental Health, 2002). De todas maneras, existen factores que pueden influir en el incremento del riesgo de recurrencia tales como: antecedentes familiares depresivos, síntomas residuales, factores estresantes y la presencia de síntomas psicóticos (Ortuño, 2010).

Distimia.

En este trastorno se presentan los mismos síntomas que en el trastorno depresivo mayor pero de una manera más ligera. (National Institute of Mental Health, 2002) Se da una “depresión crónica del estado de ánimo” que dura al menos dos años y casi siempre se da en personas que tienen antecedentes familiares de depresión (Ortuño, 2010).

Trastorno depresivo menor.

Este trastorno se caracteriza por ser mucho más leve y presentar síntomas de menos de dos semanas de duración. La persona que padece de este tipo de depresión puede continuar con su actividad diaria sin demostrar lo que le está pasando. Sin embargo, esto implica mucho más esfuerzo ya que es a partir de este trastorno que se puede convertir en un trastorno mayor (Ortuño, 2010).

Trastorno depresivo recurrente.

Este tipo de depresión se lo determina cuando una persona ha pasado mínimo tres episodios depresivos en los últimos cinco años (Ortuño, 2010).

Depresión post parto.

Este es un episodio de depresión que ocurre en las primera cuatro semanas después del parto (Ortuño, 2010). Se estima que un 10% a 15% de mujeres atraviesa este tipo de depresión luego de haber dado a luz (National Institute of Mental Health, 2013). Este tipo de depresión puede llegar a ser muy grave ya que se pueden presentar ideas de muerte (propia o del bebé) y pensamientos agresivos. Es más común la presencia de este tipo de depresión en mujeres que hayan presentado previamente síntomas de trastorno bipolar o psicosis. (Ortuño, 2010)

Trastorno bipolar.

Este trastorno no es tan común como los otros tipos de depresión ya que se caracteriza por períodos que alternan con períodos de manía (National Institute of Mental Health, 2002). En este tipo de depresión se ve claramente episodios depresivos asociados a episodios maníaco depresivos que están separados por intervalos de tiempo con un estado de ánimo normal (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Generalmente en este tipo de depresión se ve claramente una agitación psicomotriz como por ejemplo se da la hiperactividad, euforia e irritabilidad. A diferencia de otros trastornos depresivos, “las mujeres y los hombres tienen la misma vulnerabilidad a sufrir del trastorno bipolar; sin embargo, las mujeres con trastorno bipolar tienden a

tener más episodios de depresión y menos episodios de manía o hipomanía” (National Institute of Mental Health, 2002).

Panorama Internacional

Prevalencia de la depresión a nivel mundial.

Según la Organización Mundial de la Salud, “la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas” (Organización Mundial de la Salud, 2012) y la clasifica, según estudios, como la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial y proyecta que para el año 2020 será la segunda causa. A pesar de la falta de información directa sobre la prevalencia de la depresión en diferentes países, la información disponible indica una amplia variación en los rangos de prevalencia (Bromet, y otros, American Journal BMC Medicine, 2011).

“La prevalencia a lo largo de la vida (proporción de individuos con esta característica a lo largo de la vida) del trastorno depresivo está en torno al 20% en mujeres y 10% en varones” (Ortuño, 2010). Esto quiere decir que las mujeres son dos veces más propensas a sufrir un trastorno depresivo que los hombres. Como menciona Ortuño, esta diferencia entre hombres y mujeres se observa a partir de la pubertad. Distintos expertos en psicología, a través de estudios, han llegado a ciertas hipótesis sobre el motivo de la frecuencia de este trastorno en el género femenino:

“-Diferencias neurobiológicas (hormonales, cerebrales, etc.) entre ambos sexos.

-Las mujeres todavía padecen una gran desventaja social en muchos países (que puede actuar como factor estresante).

–La mujer es víctima de abuso y de violencia doméstica (factor de riesgo para el desarrollo de la depresión) con una frecuencia mayor que el varón.

– Las mujeres deprimidas solicitan más atención sanitaria que los varones deprimidos” (Ortuño, 2010).

De igual manera, la Asociación Americana de Psiquiatría ha realizado estudios epidemiológicos con muestras de 18,000 pacientes en Estados Unidos y estos revelan una prevalencia de trastorno depresivo en torno al 16% de la población (Ortuño, 2010). En general, se ha encontrado que las prevalencias más bajas se encuentran en países asiáticos, como por ejemplo: Taiwán, Hong Kong, Corea. Sin embargo, se ha comprobado que la prevalencia de trastornos depresivos se da con mayor frecuencia en países occidentales, posiblemente por factores “socioculturales estresantes y consumo de sustancias” (Ortuño, 2010). De todas maneras, el problema en las investigaciones generales es que algunos pacientes con depresión no solicitan atención médica por lo que éstos no cuentan dentro de las cifras de los estudios.

La Distimia o trastorno depresivo menor tiene una prevalencia del 4% de la población. Este tipo de depresión es más común en el género femenino. En algunos casos empieza a presentarse en la adolescencia e igualmente se da a inicios de la edad adulta. Por otro lado, alrededor del 40% de las personas que padecen de este trastorno depresivo tiene una gran tendencia a evolucionar en un trastorno depresivo mayor (Ortuño, 2010).

La depresión es una de las mayores causas de discapacidad a nivel mundial. La Asociación Americana de Psiquiatría realizó una investigación sobre la prevalencia de la depresión y se concluyó que la probabilidad de desarrollar cualquier tipo de trastorno

depresivo en la vida de una persona es del 5-9% en la población masculina y del 10-25% en la población femenina. En cualquier punto de la vida, se puede llegar a desarrollar una depresión mayor, por lo que se estima que del 2-3% de los hombres y el 5-9% de las mujeres sufren de este tipo de depresión grave a nivel mundial (Beck & Alford, 2009) (American Psychiatric Association, 2000).

A continuación, la Tabla 1-1 nos detalla con exactitud la cantidad de años que se ha vivido a nivel mundial con incapacidad de realizar actividades de la vida cotidiana dependiendo de cada trastorno y de igual manera la Tabla 1-2 nos indica la prevalencia del trastorno depresivo mayor.

Tabla 1. Principales causas de discapacidad a nivel mundial

TABLE 1-1. Leading Causes of Disability Worldwide, 1990

	<i>Total years lived with disability (millions)</i>	<i>Percent of total</i>
All causes	427.7	
1. Unipolar major depression	50.8	10.7
2. Iron-deficiency anemia	22.0	4.7
3. Falls	22.0	4.6
4. Alcohol use	15.8	3.3
5. Chronic obstructive pulmonary disease	14.7	3.1
6. Bipolar disorder	14.1	3.0
7. Congenital anomalies	13.5	2.9
8. Osteoarthritis	13.3	2.8
9. Schizophrenia	12.1	2.6
10. Obsessive-compulsive disorder	10.2	2.2

Adapted from Lopez and Murray 1998. For up-to-date WHO data, see http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

TABLE 1-2. Prevalence of Major Depressive Disorder by Gender (%)

	<i>Male</i>	<i>Female</i>
Lifetime	5–12	10–25
Point prevalence	2–3	5–9

Adapted from *DSM-IV-TR*.

(American Psychiatric Association, 2000)

Según el National Institute of Mental Health, en Estados Unidos se han realizado una gran cantidad de estudios que han logrado demostrar que cada año aproximadamente 1 de cada 10 personas estadounidenses (19 millones de personas) sufren de depresión (National Institute of Mental Health, 2013). Asimismo, este estudio ha demostrado que el 60% de las personas que padecen esta enfermedad no reciben el apoyo necesario debido a la falta de búsqueda de ayuda. El 40% restante sí acude a un médico en caso de depresión y en general es tratado por lo que esto contribuye a que más del 80% de estos casos sean resueltos o aliviados (National Institute of Mental Health, 2002). Sin embargo, al incrementar la gravedad del trastorno depresivo puede terminar en un suicidio. Según estudios de la Federación Mundial de la Salud Mental a través de la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial, se pierden alrededor de un millón de vidas por año debido al suicidio. Esto quiere decir que diariamente se da un promedio de 3000 suicidios y que por cada suicida existen 20 personas o más que intentan acabar con sus vidas (Federación Mundial de la Salud Mental, 2012).

Posibles causas de la depresión.

Dentro de las posibles causas de la depresión, existe una variedad muy amplia por la que las personas podemos sufrir de este trastorno. La depresión es el reflejo de ciertos factores tanto externos como internos, por ejemplo: psicológicos, genéticos, biológicos y sociales (Organización Mundial de la Salud, 2012). La depresión puede ocurrir en cualquier persona sin necesariamente tener antecedentes depresivos familiares, sin embargo, también es una de las posibles causas (National Institute of Mental Health, 2013).

El abuso en el pasado es otra de las causas de la depresión; sea físico, sexual o emocional, puede causar depresión en el futuro. Otra de las causas de la depresión es el uso excesivo de medicamentos que tengan como efecto colateral el desarrollo de depresión por las sustancias que éstos contienen. Por otra parte, el conflicto constante en la vida de un individuo puede desencadenar en este trastorno ya que las peleas tanto con seres queridos o desconocidos influye. De igual manera, la pérdida es una de las principales causas de la depresión. La pérdida puede ser relacionada a la pérdida de un familiar, tanto por su muerte o por falta de contacto (Web MD, 2014).

La historia familiar de una persona tiene una gran influencia en el desarrollo de la depresión y tiene mayor influencia de probabilidad para que ésta aparezca en una persona. Se cree que la depresión puede ser heredada genéticamente a través de distintas generaciones. No existe un gen directo que transmita la depresión pero genéticamente se hereda la vulnerabilidad al padecimiento de la misma (Web MD, 2014).

Asimismo, los eventos importantes que trascienden en la vida de una persona no necesariamente pueden causar emoción. Por ejemplo, el graduarse de la universidad, conseguir un nuevo trabajo o casarse puede causar un trastorno depresivo ya que éstos son considerados cambios fuertes los cuales una persona no sabe cómo manejar. Igualmente, existen cambios fuertes pero negativos como la pérdida de un trabajo, un divorcio o el cambio de ciudad puede afectar fuertemente a una persona y darse una depresión (Web MD, 2014). Los problemas personales, enfermedades y el abuso de sustancias, de la misma manera tienen una influencia en la existencia de la depresión.

Científicos y expertos en el ámbito de la psiquiatría y psicología han estudiado los Factores de Riesgo para el desarrollo de un trastorno depresivo. Es difícil interpretar

y determinar exactamente las causas de la depresión por lo que hay cierta información de los factores de riesgo que, según Felipe Ortuño, hay que tomar en cuenta:

- *“No existe un factor de riesgo único para el trastorno depresivo*
- *Algunos factores de riesgo actúan como precipitantes, mediadores, o modificadores de otros factores interactuando entre sí*
- *La significación clínica de un factor de riesgo en un paciente determinado depende del sexo, edad y el tipo de trastorno depresivo. Por ejemplo, ser viudo aumenta más el riesgo de deprimirse en un anciano que en un adulto joven ”*

Felipe Ortuño también hace énfasis en otras causas y/o factores de riesgo como: las características sociodemográficas, antecedentes familiares, periodo de postparto, región geográfica y estación del año.

-En cuanto a las características sociodemográficas se refiere a que ciertas características pueden influir más para tener depresión. Por ejemplo, el nivel socioeconómico, edad, situación laboral.

-Los antecedentes familiares, como se mencionó previamente, no necesariamente se hereda genéticamente pero el hecho de tener un pasado con carga depresiva “incrementa la vulnerabilidad biológica” (Ortuño, 2010) de la persona ante situaciones de severidad.

-El periodo postparto y menopausia puede guiar a una depresión debido a las descargas y alteraciones hormonales que se presentan en este periodo de la mujer.

-La región geográfica influye también en la probabilidad de tener depresión. “Los países más cercanos al Ecuador presentan menor prevalencia de trastorno depresivo” (Ortuño, 2010). Esto quiere decir que los países más cercanos a los polos son aquellos

que en temporadas de invierno existe mayor incidencia de depresión. Las estaciones del año son grandes influyentes en la causa de la depresión y de igual manera las diferencias de latitud, número de horas de luz en el día y diferencias climáticas.

Manejo y Tratamiento de la Depresión.

La depresión necesita tratamientos complementarios, que estén adaptados a cada persona y a la intensidad de sus problemas o enfermedad. Todo tratamiento necesita una colaboración estricta entre el paciente y su tratante, es decir, una alianza terapéutica para que funcione. La depresión es una enfermedad que puede tener graves consecuencias si no es tratada a tiempo. Es por esto que existen diversos tipos de tratamiento para cada tipo de depresión. Existen guías las cuales determinan tratamientos universales como por ejemplo, la Guía de Intervención de la Organización Mundial de la Salud, que indica que la mejor opción de tratamiento abarca un apoyo psicosocial básico que puede incluir medicación antidepresiva. De igual manera, este apoyo psicosocial puede acompañarse de psicoterapia cognitivo conductual, intrapersonal o tratamiento enfocado en la resolución de problemas.

En primer lugar, la terapia cognitivo conductual es una terapia basada en la modificación de creencias o del pensamiento en general para que éstas puedan modificar el comportamiento. En segundo lugar, la terapia intrapersonal es una terapia psicodinámica basada en la teoría del psicoanálisis. Los antidepresivos pueden ser necesarios en casos de depresión moderada a grave, pero de todas maneras no son el tratamiento principal en casos leves. Finalmente, el tratamiento enfocado en la resolución de problemas trata de brindar herramientas al paciente para que éste pueda resolver problemas. La atención primaria de un médico especializado es de crucial importancia ya que él será quien guíe

estas sesiones terapéuticas y determine si será necesario acudir a un psiquiatra y qué tipo de tratamiento será el indicado (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Depresión en el Mundo.

En el año 2011, la Organización Mundial de la Salud realizó una investigación sobre salud mental entre 90 mil personas de 18 países con diferentes niveles socioeconómicos para obtener datos específicos epidemiológicos y demográficos de la depresión, publicada en el American Journal BMC Medicine (Bromet , y otros, American Journal BMC Medicine, 2011). Los resultados de este estudio revelaron que los países con mejor situación económica tienen un porcentaje de población con depresión entre 5.5 y 14.6% mientras que en países con medianos ingresos tienen un porcentaje de 5.9 y 11.1% (Bromet, y otros, American Journal BMC Medicine, 2011). Según la OMS, los principales motivos de depresión suelen estar ligados con la separación de pareja en los países de mayor ingreso económico mientras que en los países de menor ingreso económico el motivo principal era la viudez (Organización Mundial de la Salud, 2012).

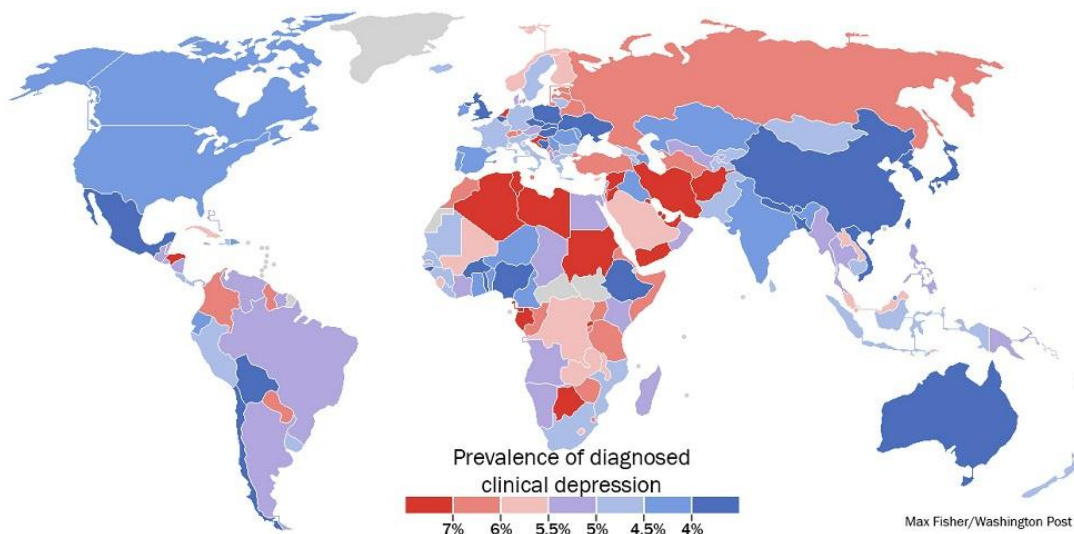
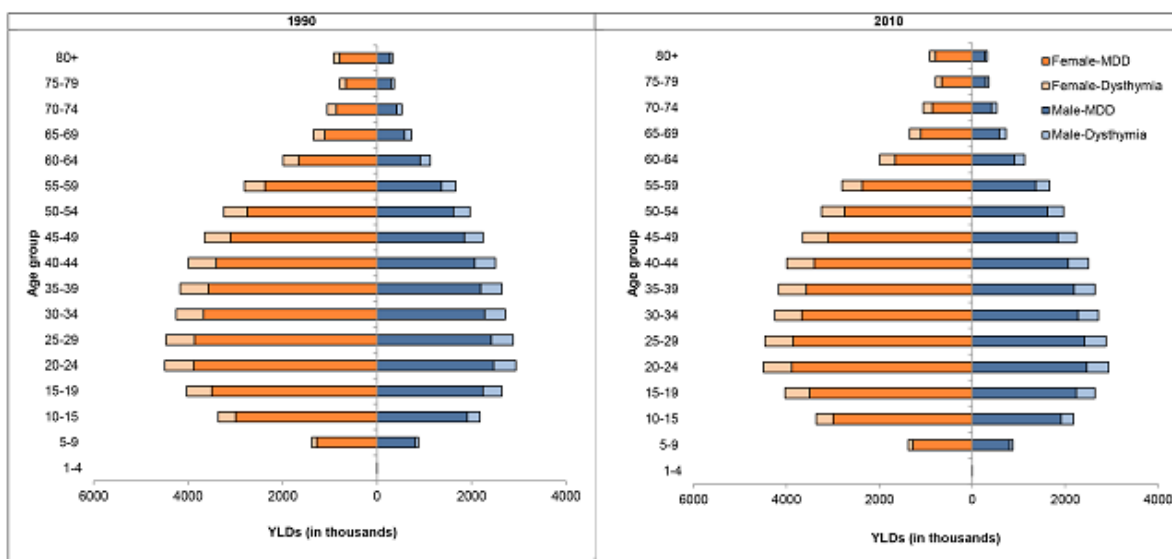


Figura 1. Mapa de mayor prevalencia de la depresión elaborado por el Washington Post a partir de la Investigación de la Universidad de Queensland publicada en la revista PLOS Medicine (Ferrari, y otros, 2013).

Según los resultados de esta investigación de la Universidad de Queensland, Afganistán es el país con mayor cantidad de personas con depresión mientras que el país con menos personas con este trastorno es Japón (Ferrari, y otros, 2013). A raíz de este estudio se puede inferir que los motivos de la depresión en Afganistán y países africanos o del Medio Oriente se da por conflictos sociales y el sufrimiento por el cual las personas tienen que atravesar. Sin embargo, cada estudio se basa en los sistemas de salud pública de cada país por lo que aún no se llega a un porcentaje concreto por la imprecisión y falta de información por causas sociales en éstas área.

En este diagrama se condensa la información sobre la depresión en general y se vuelve a confirmar que la frecuencia e incidencia es mucho mayor en las mujeres que en los hombres.

Tabla 2. Prevalencia entre géneros

(Ferrari, y otros, 2013)

Por otra parte, la Universidad de Queensland (2013) determinó que entre los países latinoamericanos Paraguay es considerado como uno de los países con mayor índice de depresión al igual que Guyana y Colombia. En Paraguay, el suicidio representa el 14% de las muertes registradas por la Policía Paraguaya en el año 2010 y se reportan dos suicidios cada tres días, según Elvio Díaz, reportero de ABC Paraguay (Díaz, 2010). Paraguay cuenta con la Asociación Paraguaya de Prevención del Suicidio, la cual trabaja para tratar a personas con depresión severa a través de su centro “Ganando vidas” (Díaz, 2010).

De igual manera, el estudio (2013) dio como resultados que Bolivia y Chile son los países que menos depresión sufren a nivel Latinoamericano. Por otro lado, Venezuela, Brasil y Argentina están en un punto medio mientras que Ecuador y Uruguay son los segundos con índice más altos. En cuando a otros países del Medio Oriente, el estudio de la Universidad de Queensland (2013) determinó que más del 5% de la población padece de

depresión. Sin embargo se determinó que en Australia, Nueva Zelanda el nivel de depresión es baja. (Ferrari, y otros, 2013)

Para tener una mayor visión sobre la depresión en países desarrollados con un nivel medio-alto de depresión, Francia y Estados Unidos tienen informes más precisos sobre esta patología en su población.

Francia.

Según una encuesta realizada en el 2005 por el Instituto Nacional de la Prevención y Educación para la Salud (INPES), alrededor del 8% de los franceses de 15 a 75 años (cerca de 3 millones de personas) han padecido un episodio de depresión en el transcurso de los últimos 12 meses previos a la encuesta y el 19% de franceses de 15 a 75 años (cerca de 9 millones de personas) han padecido o padecerán una depresión en el transcurso de sus vidas (Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, 2009). Por otro lado, según la Organización Mundial de la salud, los franceses son los más susceptibles a sufrir una depresión en algún punto de sus vidas.

Los distintos estudios realizados en Francia por el INPES revelan que una proporción entre el 5 y 15% de la población serían afectados por un episodio depresivo en el transcurso de 12 meses. Dentro de la encuesta de salud, esto equivale al 7.8% lo que representa más de 3 millones de franceses que han presentado un episodio depresivo mayor en los últimos 12 meses.

Para comparar, la prevalencia en un año de un episodio depresivo en Suiza es de alrededor del 7% y varía entre el 3 y 5% entre Estados Unidos, Canadá e Italia. Según el Ministerio de Relaciones Sociales, de la Salud y de los derechos de la mujer, en Francia, el riesgo de padecer depresión es más elevado desde los 18-25 en los dos géneros; después, entre los 45 y 54 años específicamente las mujeres y entre los 35 y 44 años los hombres

(Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, 2009). Otra tendencia observada en estos estudios es que la aparición de la depresión es más temprana en edad con el transcurso del tiempo. Además, el desempleo que abarca condiciones de vidas precarias y el aislamiento social son asociados a una frecuencia más elevada de depresión. Por otro lado, las enfermedades crónicas como la diabetes, el cáncer y ciertas enfermedades mentales como los problemas de ansiedad se relacionan con la depresión y se ha comprobado que el riesgo de suicidio es diez veces más alto en las personas con un trastorno depresivo que en la población general.

(Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, 2009).

Igualmente, en Francia se presenta mucho la depresión estacional, descrita previamente, la cual produce cambios anímicos, cansancio, falta de energía y disminución de la concentración. Esto se da por la falta de luz durante el día y el cambio climático ocasionado por la ubicación geográfica.

Para informar a la población sobre la depresión, el Ministerio de Relaciones Sociales, de la Salud y de los derechos de la mujer (2009) desarrolló un plan de psiquiatría y salud mental, en los años 2005-2008, que cumplió un papel importante en el mejoramiento del apoyo a la depresión con el fin de identificar los trastornos depresivos, el desarrollo de la información sobre esta patología, brindar mayor acceso a centros de tratamiento de mejor calidad. De acuerdo al Ministerio (2009), la idea de este plan fue prevenir las recaídas y cronicidad en personas que ya la padecen. En el año 2007, el ministerio y el INPES lanzaron una campaña informativa a nivel nacional para favorecer un mayor conocimiento e fomentar el apoyo a las personas adultas con depresión (Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, 2009).



Figura 2. Campaña del INPES en contra de la depresión

Estados Unidos.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (2013), la depresión es una de las enfermedades más comunes en Estados Unidos. Cada año, aproximadamente 6.7% de los adultos estadounidenses atraviesan una etapa depresiva mayor. El promedio de edad de aparición de esta patología es a los 32 años. Igualmente, el 3.3% de personas de entre 13-18 años han atravesado una etapa de depresión durante sus vidas (National Institute of Mental Health, 2013).

En la Tabla 2-2 del DSM-IV del American Psychiatric Association, se detalla claramente por género y etnia el nivel de depresión que existe a partir de una muestra. En total, la muestra fue de 966 personas; el total de mujeres fue de 575 y el total de hombres fue de 391. Por una parte, del total de las mujeres, 66 tenían depresión severa, 239 moderada, 167 leve y 103 no tenían. Por otra parte, del total de los hombres 19 padecían de depresión severa, 121 moderada, 130 leve y 121 no tenían. Esto demuestra

que las mujeres tienden a duplicar en la prevalencia de depresión. De igual manera, está detallado por género, etnia y nivel de depresión.

Tabla 3. Distribución de pacientes según raza, sexo y severidad de la depresión / Frecuencia de las manifestaciones emocionales en pacientes deprimidos y no deprimidos

TABLE 2-2. Distribution of Patients According to Race, Sex, and Depth of Depression

	<i>Depth of depression</i>				<i>Total</i>
	<i>None</i>	<i>Mild</i>	<i>Moderate</i>	<i>Severe</i>	
White males	71	98	91	15	275
White females	51	90	137	40	318
African American males	50	32	30	4	116
African American females	52	77	102	26	257
Total white	122	188	228	55	593
Total African American	102	109	132	30	373
Total male	121	130	121	19	391
Total female	103	167	239	66	575
Total	224	297	360	85	966

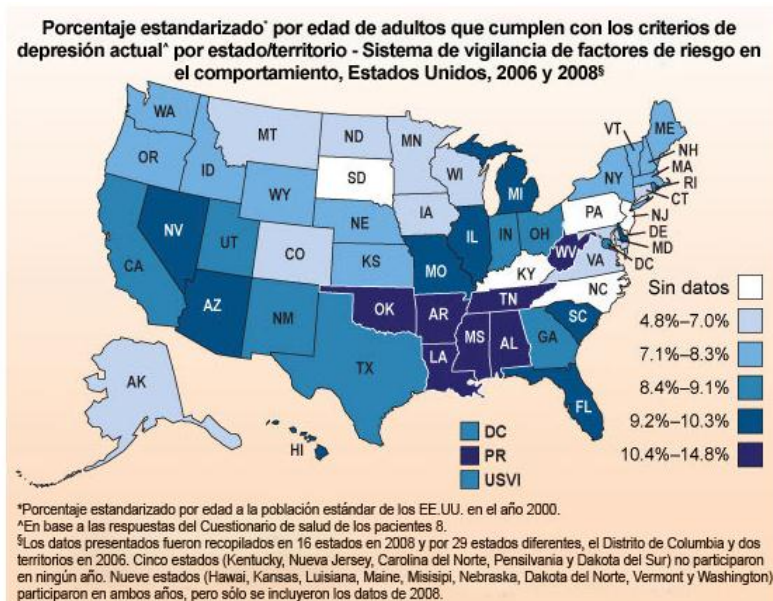
TABLE 2-3. Frequency of Emotional Manifestations Among Depressed and Nondepressed Patients (%)

<i>Manifestation</i>	<i>Depth of depression</i>			
	<i>None</i> (<i>n</i> = 224)	<i>Mild</i> (<i>n</i> = 288)	<i>Moderate</i> (<i>n</i> = 377)	<i>Severe</i> (<i>n</i> = 86)
Dejected mood	23	50	75	88
Self-dislike	37	64	81	86
Loss of gratification	35	65	86	92
Loss of attachments	16	37	60	64
Crying spells	29	44	63	83
Loss of mirth response	8	29	41	52

(American

Psychiatric Association, 2000)

Asimismo, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, se detalla en un mapa la incidencia de depresión por estado.



(Centros para el Control y

la Prevención de Enfermedades, 2011)

Figura 3. Porcentaje por edad de adultos que cumplen con criterios de depresión

Organizaciones y acciones para la prevención de la depresión de la OMS.

La Federación Mundial de la Salud Mental (FMSM) ha denominado al 10 de Octubre como el “Día Mundial de la Salud Mental” para concientizar a la población mundial sobre la importancia de esta problemática social. La FMSM junto con la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) se encargan de auspiciar conferencias a nivel mundial para informar, a través de la colaboración de profesionales del campo a nivel mundial, sobre la prevención de trastornos mentales como la depresión. En el 2012, realizaron la Conferencia Regional de Salud Mental en Panamá donde se discutió el primer borrador del Plan Global de Acción en Salud Mental el mismo que fue presentado en la Asamblea Mundial de la Salud en el año siguiente. Cada año se cuenta con la participación de ONGs a nivel mundial, personas que padecen este trastorno, familiares,

instituciones académicas y otros actores importantes en el campo (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Por otro lado, Según la Organización Mundial de la Salud, existe el Programa de Acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) que es un programa que ofrece a todas las instituciones de salud a nivel mundial que se encargan de tratar trastornos como la depresión, una compilación de actividades y programas para incrementar el nivel de atención de los trastornos mentales, neurológicos y el abuso de sustancias. De igual manera, a partir de este programa se desarrolla la Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias que contiene ciertos parámetros importantes y recomendaciones basadas en estudios a nivel global para la identificación y tratamiento de trastornos importantes, entre estos, la depresión (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Existe también la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP), la cual es una organización no gubernamental (ONG) vinculada de manera oficial con la Organización Mundial de la salud. La IASP, con sus siglas en inglés, se encarga de ayudar a personas con sintomatología depresiva con el fin de que el trastorno depresivo se torne en un caso severo y lleve a un suicidio (Asociación Internacional de Prevención del Suicidio, 2013).

Panorama Nacional

Antecedentes Nacionales.

Según el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental (PENSM) del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), el país cuenta con una población general considerada joven con una edad promedio de 28,4 años. La población de mujeres en el Ecuador es del 50,44% mientras que los hombres es del 49,56%. El Ecuador es un país que tiene como característica la pluriculturalidad y multiétnicidad debido a su población indígena, afrodescendiente, mulata, mestiza y blanca. En el año 2013, en el mes de Septiembre, se realizó un estudio y se determinó que hay una existencia del 15,74% de personas de nivel socioeconómico bajo y 4,08% de pobreza extrema. Por un lado, Cuenca es considerada “la ciudad con menor índice de pobreza con 4,15%, mientras que Guayaquil es la que registra mayor índice con 13,19%” (Ministerio de Salud Pública, 2014). Por otro lado, Quito y Ambato son las ciudades que cuentan con mayor índice de pobreza extrema con un 2,81% y 3,83% respectivamente (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Asimismo, según la Comisión de Salud Mental del Ministerio de Salud, “se podría considerar que varias de las características socio-demográficas, epidemiológicas, económicas y culturales de la población ecuatoriana, como fuentes generadoras de inequidad e injusticia social, pudieran derivar en algún trastorno de salud mental sobre todo en las poblaciones más vulnerables como son los niños y adolescentes; mujeres, adultos mayores y personas con discapacidad” (Ministerio de Salud Pública, 2014).

En general, la atención de salud mental, sobretodo, la depresión en el Ecuador no ha sido tomada muy en cuenta por muchos años. Principalmente, esto ha ocurrido por la

falta de conocimiento a nivel nacional en distintos estratos sociales y por el estigma con el que se trata a esta enfermedad. Han sido pocas las personas que han tenido el acceso a tratamientos ya sea a través de sus propios medios o por accesibilidad. Siempre han existido médicos especialistas en el tema, sobretodo en el sector privado, pero el problema radica en la mala concepción sobre la atención mental y la falta de preocupación por esta problemática.

Según la psicóloga y Analista de la Comisión de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública (MSP), Gabriela Llanos, en las unidades de primer nivel, como son las áreas de salud, la depresión leve ocupa el primer lugar con el 18%. El Ecuador tiene tasas de incidencia crecientes en los últimos años y estas son más altas en las provincias de Esmeraldas, Napo, Cañar, El Oro y Zamora-Chinchipec acorde a la información que tiene del MSP. Por otro lado, el Ecuador está atravesando una transición de trastornos como depresión y ansiedad, principalmente, donde se ve claramente los cambios de hábitos como el sedentarismo, consumo de alimentos saturados de grasa, nivel de estrés elevado en la población, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, violencia; así como factores de índole social que pueden ser factores que ocasionen trastornos relacionados a la depresión. Llanos asegura que: “los episodios de depresión están presentes en el 20 o 25% de los usuarios con enfermedades crónicas y sólo el trastorno de depresión causa 12 a 15% de años vividos con discapacidad y constituye la tercera causa contribuyente a la carga global de las enfermedades” (Llanos, 2014).

Para profundizar en la realidad de la Salud Mental en nuestro país, actualmente, el Ministerio de Salud Pública ha desarrollado un plan para la atención de la misma. El Plan Estratégico Nacional para la Salud Mental (PENSM), mencionado previamente, específicamente es una herramienta del Estado para organizar de mejor manera a la Salud

Mental y las personas involucradas. Tal como se menciona en este plan: el “Ecuador es uno de los pocos países en América Latina que aún no cuenta con una Estrategia de Salud Mental (Ministerio de Salud Pública, 2014)”. Por este motivo, el Estado ha decidido desarrollar al PENSM como estrategia de promoción de Salud Mental. El PENSM se encarga de proporcionar apoyo y orientaciones para proporcionar a la población una accesibilidad equitativa a los servicios para la salud. El principal objetivo del PENSM es promover, prevenir, atender, aportar con la recuperación y rehabilitación de pacientes con problemas de salud mental, incluyendo a la depresión (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Por otro lado, la Comisión de Salud Mental del MSP también ha desarrollado el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que se encarga de promover la importancia de tomar acción en enfermedades de Salud Mental como la depresión. El MAIS está actualmente desarrollando estrategias locales para las comunidades como la implementación de centros de salud mental de Atención Primaria. El objetivo de este modelo es el brindar un acceso más cercano a los servicios para la población, prevención de enfermedades y apoyo mediante tratamientos por profesionales. De la misma manera, se encarga fuertemente de educar a las personas y “reducir el es estigma y discriminación de las personas que están afectadas por algún trastorno” (Comisión de Salud Mental, 2014).

Tabla 4. Problemas de salud mental asociados a la violencia de género**Cuadro 2. Problemas de salud mental asociados a la violencia de género - 2011 (CSMC – Calderón)**

Trastornos según las categorías del Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC) – Calderón	Frecuencia
1.- SOPORTE FAMILIAR INADECUADO	108
2.- TRASTORNO DE LA ATENCION SIN HIPERACTIVIDAD	84
3.- PROBLEMAS DE RELACION ENTRE ESPOSOS (MALTRATO FISICO)	77
4.- RUPTURA FAMILIAR POR SEPARACION O DIVORCIO	47
5.-SUPERVISION Y CONTROL INADECUADOS DE PADRES	39
6.- TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEPENDIENTE	33
7.- TRASTORNO DE INESTABILIDAD TIPO IMPULSIVO EN LA PERSONALIDAD	24
8.- TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO	22
9.- AGRESION SEXUAL CON LA FUERZA CORPORAL	22
10.- EPISODIO DEPRESIVO MODERADO SIN SINTOMAS SOMATICOS	23

Fuente: Centro de Salud Mental Comunitaria Calderón, Pichincha. Año 2011
Elaborado por: CSMC Calderón 2013

En este cuadro, obtenido del MAIS, podemos ver que el “trastorno mixto ansioso depresivo” se encuentra entre los 10 primeros trastornos más frecuentes a nivel nacional. Además, es importante recalcar que además de ser uno de los trastornos más frecuentes, es debido a la violencia de género, un tema muy controversial a nivel mundial y sobretodo en nuestro país (Comisión de Salud Mental, 2014).

Tabla 5. Morbilidad Salud Mental Pichincha**Cuadro 4. Morbilidad Salud Mental Áreas de Salud - Pichincha 2011**

MOTIVOS DE CONSULTA	%
Trastorno depresivo leve	18
Trastorno de ansiedad	16
Síndromes de maltrato	15
Trastornos de las habilidades escolares (específicas)	13
Trastornos del lenguaje	7
Disfunción sexual no orgánica	7

Trastorno de comportamiento social específico en la adolescencia y la niñez	6
Agresión sexual con fuerza corporal	5
Consumo de drogas	5
Retardo mental leve	2
Trastornos mentales por consumo de alcohol	1
Trastorno hiperactivo	1

Fuente: DPSP 2011

Elaborado por: Equipo de Salud Mental 2013

Por otro lado, en este cuadro de morbilidad de salud mental, podemos ver que el trastorno depresivo leve a nivel de salud pública consta en primer lugar como motivo de consulta, seguido por la ansiedad que, de la misma manera, está directamente relacionada con la depresión (Comisión de Salud Mental, 2014).

Profesionales en salud mental en el Ecuador.

Según datos del MAIS, existen 301 profesionales y especialistas en salud mental que trabajan en las diferentes unidades operativas del MSP. Estos profesionales se dividen en: “25 psiquiatras, 213 psicólogos, 28 trabajadoras sociales, 11 enfermeras, 2 educadores para la salud, 21 médicos y 1 odontólogo” (Comisión de Salud Mental, 2014). A

continuación, se detalla con exactitud en un cuadro del MAIS la distribución de médicos especialistas por área y provincia a nivel nacional.

Tabla 6. Total de profesionales por provincia y por profesión

TOTAL DE PROFESIONALES POR PROVINCIA Y POR PROFESIÓN								
	Psicología	Psiquiatría	Trabajo	Enfermería	Educación	Medicina	Odontología	TOTAL por provin- cia
Azuay	20	4	18	1	1			44
Bolívar	2							2
Cañar	6	1	5			1		13
Carchi	13	1						14
Chimborazo	7							7
Cotopaxi	1							1
El Oro	14							14
Esmeraldas	1	1	1	1		1		5
Galápagos	1		1		1	2		5
Guayas	22	4						26
Imbabura	7	3						10
Loja	8	1						9
Los Ríos	9			2		2		13
Manabí	7	2	3	4		6	1	23
Morona S.	6							6
Napo	2					1		3
Orellana	3							3
Pastaza	2							2
Pichincha	61	7						68

Sta Elena	2				3		5	
Sto Domingo	2	1			1		4	
Sucumbios	2			1	1		4	
Tungurahua	13			1	3		17	
Zamora Ch.	2			1			3	
TOTAL por profesión	213	25	28	11	2	21	1	301

Fuente: Dirección Nacional de Discapacidades – MSP 2012

Centros de Atención de Salud Mental.

En el Ecuador no existen centros especializados directamente en el tratamiento de la depresión como tal. Sin embargo, por una parte, existen distintos centros de Salud Mental a nivel nacional. En Guayaquil, existe la Junta de Beneficencia que trabaja junto con el Instituto de Neurociencias (antes llamado Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce), donde se cuenta (Comisión de Salud Mental, 2014) con “33 psiquiatras, 57 enfermeras, 23 psicólogos, 18 trabajadoras sociales, 3 terapeutas ocupacionales, 217 auxiliares, 25 médicos, 29 acompañantes, 1 odontólogo, 2 profesores y 6 terapeutas vivenciales”, según información oficial del MSP.

Por otra parte, Ecuador cuenta con dos hospitales psiquiátricos en la ciudad de Quito que dependen directamente del Ministerio de Salud Pública: Hospital Psiquiátrico Julio Endara y Centro Ambulatorio Especializado de Salud Mental San Lázaro. En estos hospitales de especialidades “se ofrecen servicios de atención de psiquiatría tanto ambulatoria como de internamiento de corta estancia, así como de psicología” (Ministerio de Salud Pública, 2014). Al ser hospitales especializados en salud mental existen médicos que tratan la depresión y son hospitales donde se puede encontrar ayuda para esta problemática. Asimismo, en Pichincha, Azuay y Esmeraldas, el MSP cuenta con servicios de psiquiatría y salud mental comunitarios (Ministerio de Salud Pública, 2014).

En cuanto a la Red Pública Integral en Salud, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) ofrece servicios de psiquiatría para el acceso a sus afiliados. Estos servicios se encuentran distribuidos en cuatro hospitales a nivel nacional donde se puede acudir de manera ambulatoria para el tratamiento de la depresión. Igualmente, el IESS cuenta con dispensarios médicos para acceso médico ambulatorio donde también, en algunos, existe atención psiquiátrica y psicológica (Ministerio de Salud Pública, 2014).

En el ámbito privado, actualmente hay tres hospitales psiquiátricos distribuidos en Quito, Guayaquil y Cuenca. De la misma manera, existe una gran variedad de psicólogos y psiquiatras privados en los distintos hospitales como el Hospital Metropolitano, Hospital de los Valles, Axxis, entre otros. En estos casos, las personas que acuden a consulta privada tienen que pagar una consulta con un costo más alto. En caso de tener seguro privado, dependiendo del caso hay cobertura. Generalmente, en el caso de la depresión ningún seguro médico cubre las consultas o medicamentos. Igualmente, existe una gran cantidad de clínicas y hospitales; centros de tratamiento, hogares, consultorios privados, etc. para personas con enfermedades mentales como la depresión. Según el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental “las actividades de estos establecimientos no se reportan al Ministerio de Salud Pública, ni al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos”.

Es de suma importancia mencionar que no existe una cantidad suficiente de servicios comunitarios que tengan un enfoque de inclusión a personas con enfermedades mentales ni para el cuidado permanente que las requieren (Ministerio de Salud Pública, 2014). Sin embargo, existen ciertas fundaciones y ONGs que trabajan con la depresión y temas de salud mental como por ejemplo:

1. Teléfono Amigo: es un servicio de escucha telefónica activa en forma anónima, confidencial y gratuita que brinda ayuda emocional a través de psicólogos las 24 horas.
2. Fundación Nuestros Jóvenes: Programa Informa-T/Ayuda-T es un servicio telefónico de orientación y asesoramiento psicológico que se enfoca en brindar apoyo y guiar en cuanto a salud mental y física a nivel nacional

3. Fundación Azulado: se enfoca principalmente en la prevención del maltrato infantil y abuso sexual, sin embargo, dentro de los tratamientos se maneja la depresión infantil
4. Fundación Tierra Nueva: se enfoca en brindar una atención de Neurología y Salud Mental bajo la dirección médica del neurólogo Dr. Marcelo Cruz
5. Fundación Ecuatoriana Equidad: se enfoca en brindar apoyo a través de consultas psicológicas y de salud mental para homosexuales
6. Club de Leones Quito Central: cuenta con el área de Salud Mental bajo dirección médica del psiquiatra Dr. Armando Camino
7. Asociación Ecuatoriana de Psicotrauma y EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares): ofrece tratamiento y guía enfocada a las dificultades emocionales causadas por experiencias traumáticas en la vida del paciente
8. Fundación Salud Alternativa Para el Desarrollo: promueve el bienestar individual y colectivo a través de programas de acción preventiva y terapéutica.
9. Fundación Scorpius: se enfoca en mejorar la salud mental de la población en el Ecuador
10. Fundación Popular de Diagnóstico y Tratamiento Psicológico Integral “El Buen Samaritano”: brinda apoyo y tratamiento en temas de salud mental como: depresión, ansiedad, control de la ira, traumas de la infancia, problemas de conducta y escolares.

Presupuesto a Nivel Nacional.

Según la psicóloga y Analista de la Comisión de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, Gabriela Llanos, “los impactos económicos de las enfermedades mentales como la depresión se expresan en la disminución del ingreso personal, en la habilidad de la persona enferma y frecuentemente de sus cuidadores para trabajar”. Ella menciona que “según la Organización Mundial de la Salud se estima que el costo de este problema de salud en los países desarrollados está entre el 3% y el 4% del Producto Nacional Bruto”. Principalmente, la depresión tiene un costo a nivel nacional en distintos países de miles de millones de dólares, tanto en términos de gastos incurridos directamente como en la pérdida de la productividad. En promedio, el costo anual, que incluyen gastos médicos, farmacéuticos y por discapacidad para trabajadores afectados por depresión puede llegar a ser “4,2 veces más alto que el incurrido por un asegurado típico”. Según Llanos, en el Ecuador no se cuenta específicamente con un presupuesto para el manejo de la depresión como tal, sino que se lo distribuye para todas las patologías mentales en general. (Llanos, 2014)

Según datos del MAIS, “el presupuesto total para salud en el año 2012 fue de \$1.881.061.107 millones”. De los cuales, \$8.308.210 fueron asignados para salud mental, representando un 0,44% del total del presupuesto del MSP, siendo un 98,57% destinados a hospitales psiquiátricos (Comisión de Salud Mental, 2014).

Según Llanos, la depresión suele estar presente en todo nivel socioeconómico y da lugar a la generación de una “pesada carga económica, familiar y social para las personas afectadas y sus familias, así como para la sociedad en conjunto” (Llanos, 2014). Asimismo, afirma que en el proyecto actual a desarrollarse de Salud mental se contó con

un presupuesto de \$338.618,90 que fue gastado en el 2014. Para el año 2015 está prevista una inversión en salud mental de \$2.362.400 (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Análisis

La depresión como enfermedad mental, es una de las más comunes en nuestro país (Dueñas, 2014). Según la Dra. María Cristina Castillo, especializada en psicología clínica “el Ecuador y los países andinos tienen una característica depresiva” y generalmente las crisis depresivas leves se suelen presentar con más frecuencia en la mujer por “cuestiones hormonales” (Castillo, 2014). Por ende, en el Ecuador, existe una gran incidencia de depresión como se pudo constatar en los datos anteriores, sin embargo, existe un desconocimiento del tema y no todas las personas que la padecen o sus familiares tienen las herramientas adecuadas para llegar a un tratamiento holístico.

Luego de haber entrevistado a especialistas eminentes en el tema a nivel nacional, tanto en el sector público como privado, se puede decir con certeza que la sociedad no considera a la depresión como una enfermedad de atención mental, sino, erróneamente como un estado de ánimo. Esto es de suma gravedad ya que, según la doctora Edith María Dueñas, especialista en Psicología Clínica y Conductual y Psicooncóloga de SOLCA, “todo depresivo es un suicida en potencia” y por la falta de conocimiento del tema no se da un tratamiento adecuado y las consecuencias son severas (Dueñas, 2014) debido a que el índice de suicidios causados por la depresión es sumamente alto, especialmente en adolescentes (Matovelle, 2014).

Según el Dr. Gonzalo Matovelle, Médico Psiquiatra con estudios en Neuropsicofarmacología y Medicina del sueño- Perito abalado por la Judicatura y Fiscalía en el Ecuador y Especialista en el manejo Neuropsicofarmacológico y Clínico de la depresión y la ansiedad, la depresión “es una enfermedad no una debilidad”,

principalmente es una “enfermedad del cerebro y el cerebro es un órgano que requiere atención” por lo que es importante tratar a la depresión como cualquier otra patología, mas no como algo “esotérico o estigma” (Matovelle, 2014). “Comparémosla con la gripe... una gripe leve no necesita más que reposo y un par de aspirinas. Si la gripe se complica, necesitas antibióticos, antivirales y otros tratamientos. Como la depresión, si hay una depresión moderada o severa, hay que tratarla con medicación porque es la enfermedad de un órgano” (Matovelle, 2014). De la misma manera, hace referencia a que el objetivo principal de tratar a un paciente con depresión es el de lograr brindarle una mejor calidad de vida a través de un diagnóstico acertado ya que si no se lo hace la persona se auto elimina (Matovelle, 2014).

Según el Dr. Armando Camino Proaño, Médico Psiquiatra General – Médico Psiquiatra Asistencial del Club de Leones Quito Central- Psiquiatra Jurídico y Forense- y Operador terapéutico en farmacodependencia y alcoholismo, “todo el mundo habla del tiempo y nadie sabe definirlo, así como todo el mundo habla de la depresión y nadie sabe definirla” (Camino, 2014). En el Ecuador, la mayoría de personas habla de la depresión como si fuese un estado de ánimo que se va y viene. Es por esto que la depresión es un problema grave en nuestra sociedad actual. La mala concepción de la misma es la que no permite que los pacientes reciban la ayuda necesaria. “La salud mental, por lo tanto la depresión en el país no es debidamente considerada, se la percibe como un estigma y se desconoce su verdad” mientras que es “la parte más nublada del ser humano”. (Camino, 2014). El Dr. Matovelle afirma sobre la depresión que “lastimosamente aquí en el Ecuador, y a nivel mundial, es muy mal percibida porque no se sigue considerando al cerebro como un órgano sino como ‘algo’ esotérico que contiene la mente, pero ‘este órgano’ contiene la mente y hay una relación entre las dos” (Matovelle, 2014).

Asimismo, según datos del MAIS, existen distintos puntos los cuales afectan al tratamiento de la depresión a nivel público como por ejemplo:

- Limitado acceso a servicios y profesionales de salud mental
- Primer nivel de atención con escasos recursos para la atención: Al no contar con suficientes profesionales ni servicios para atender a personas con problemas y trastornos mentales en el primer nivel de atención, la población acude a los hospitales generales, quienes atienden en gran parte morbilidad de primer nivel
- Barreras de acceso
- Insuficiente número de personal de salud mental en las unidades operativas de los tres niveles de atención (pública)
- Escasa participación del componente familiar y comunitario: Tanto en actividades de promoción, como en la prevención, atención y seguimiento de usuarios con afectaciones psicológicas
- No se toman en cuenta determinantes sociales: Capacitaciones enfocadas en temas de violencia intrafamiliar, embarazo en adolescentes y usos/consumo de drogas, sin tomar en cuenta sus determinantes sociales.
- Escasas actividades de promoción de la salud y prevención de problemas de salud mental. Incipiente funcionamiento de redes locales de salud en temas de prevención y promoción.

- Limitada integración del sector formal de salud con organizaciones e instituciones locales: Por ejemplo en temas de: violencia de género, embarazos en adolescentes y problemas de aprendizaje, usos y consumo de drogas, entre otros.

Estigmatización: Se mantiene el estigma para la persona con enfermedad mental, trastornos psicológicos (...) en la familia, instituciones educativas y comunidad.

- Ausencia de definición de rol y funciones del personal de salud mental: Psicólogo de área de salud sin actividades definidas, y realiza actividades (Comisión de Salud Mental, 2014)

Si bien es cierto, estas problemáticas están determinadas a nivel público, también tienen una estrecha relación con la realidad ecuatoriana en general. Es decir, estos puntos no solamente afectan a nivel público sino a nivel privado de la misma manera. El Dr. Matovelle afirma, como se pudo ver previamente, que: “lastimosamente son demasiados pacientes, por más bueno que sea un psiquiatra público, no puede tratar a una multitud” y ese es uno de los principales problemas (Matovelle, 2014). Es muy importante tener esto en cuenta ya que estos son los motivos principales por los cuales la atención de la salud mental, específicamente la depresión, no es debidamente atendida (en cuanto a atención médica) ni apoyada (en cuanto a apoyo familiar).

Sin embargo, Dueñas menciona que “ventajosamente el cuidado de la salud mental ha ido mejorando y se ha ido desarrollando una cultura del manejo de la salud mental, pero todavía existen trabas sociales” (Dueñas, 2014). Asimismo, El Dr. Matovelle asegura que existe un sesgo cultural donde se percibe que los psicólogos y psiquiatras “sólo son para

locos” y éste sigue manteniéndose tanto a nivel mundial como a nivel nacional. De igual manera, comparte con Dueñas el hecho de que poco a poco la salud mental ha ido mejorando y que hoy en día más personas con depresión acuden a ayuda profesional. Sin embargo, afirma que los psicólogos tienen una mayor incidencia de consultas porque es preferible ante la imagen social acudir un psicólogo que ante “la imagen nefasta de un psiquiatra” (Matovelle, 2014). Desde el punto de vista psiquiátrico, las personas con depresión tienen temor social y cultural de los tratamientos farmacológicos ya que se piensa que es para inhabilitar al paciente mas no para curarlo (Matovelle, 2014), mientras que ignoran que un paciente depresivo generalmente debe tratarse tanto psicológica como psiquiátricamente dependiendo del caso (Dueñas, 2014).

Desde el punto de vista médico, para el Dr. Camino para llegar a un diagnóstico de depresión es importante considerar tres niveles importantes. En el nivel biológico es importante enfocarse en la esfera biológica, química, en el eje del hipotálamo, hipófisis, suprarrenal y gónadas. Por ende, en este eje endócrino metabólico también se encuentra el origen de la alteración biológica de la depresión. Otro de los niveles a considerar es la alteración de neurotransmisores como la: serotonina, noradrenalina, dopamina, endorfinas y encefalinas. Por lo tanto, el desequilibrio de todas estas sustancias producen variaciones del humor y es por eso existen tratamientos psicofarmacológicos que van orientados a la estabilidad de estos neurotransmisores. Finalmente, en el nivel psicosocial se abarca los estresores ambientales. Es decir, a mayor cantidad de estresores o factores ambientales desfavorables mayor desequilibrio en cadena (Camino, 2014)”. Es por esto que el Dr. Armando Camino afirma que para tratar a la depresión es fundamental un tratamiento holístico. Por otra parte, según la Dra. Dueñas, para el diagnóstico hay que considerar dos temas fundamentales. Primero, la carga hereditaria que conlleva la depresión junto con

todos los factores biológicos y químicos; y luego el factor del entorno. Por ende ya que son dos situaciones que originan esto, son dos vías de acceso a tratamiento que tiene que tener el paciente: “una evidentemente es la parte psiquiátrica por el apoyo de la medicación y otra es la parte psicológica por el apoyo de psicoterapia conductual” (Dueñas, 2014). Igualmente, la Dra. María Cristina Barriga, psicóloga clínica, concuerda en que “todas las depresiones necesitan medicación y psicoterapia” (Castillo, 2014).

En vista de la necesidad de un tratamiento holístico y que el tratamiento psiquiátrico suele ir de la mano con el tratamiento psicológico para tratar la depresión, el costo resulta ser muy alto. Según la Dra. Dueñas, en el caso de personas de escasos recursos “deben acudir al sistema de salud pública porque es considerada una enfermedad catastrófica por el simple hecho de que todo paciente depresivo es considerado un suicida en potencia” (Dueñas, 2014). En cambio, en el caso de personas que cuentan con los recursos para asistir a consulta privada tienen que incurrir en gastos muy altos. Para determinar el gasto mensual y otros puntos clave acerca de la depresión, he realizado algunas entrevistas a jóvenes que la padecen.

Por ejemplo, según Carolina, una joven de 33 años que padece de depresión afirma que:

“Uno vuelve a recaer en la depresión cuando tiene un problema fuerte... Yo volví a caer en la depresión hace más o menos 5 años... Pero como uno realmente no tiene conocimiento, no se sabe con qué doctores uno puede confiar, yo me fui donde una psiquiatra donde se podría decir que probé conmigo varios medicamentos de los cuales no me sentaron bien... Me hizo tomar un antidepresivo que realmente me ayudo bastante pero me engordó... Entonces tampoco analizó los efectos secundarios... De repente cuando fui con ella

empezó por primera vez a darme ansiedad y me dijo que por mis síntomas también era parte de la depresión... Me dio otra pastilla para la ansiedad que hizo que mi cabello se caiga... La verdad probó con uno, con otro, pero yo no veía ninguna ayuda de parte de ella... En realidad uno no sabe cuántos doctores hay, dónde se puede encontrar, ni quien nos puede sugerir para que no pase esto... Entonces yo recurrí donde un sacerdote que me recomendó el doctor que me está tratando ahora.. Es un doctor bastante reconocido que ahora me medica para la ansiedad y la depresión... Yo gasto en la depresión \$60 al mes en el psiquiatra y voy una vez al mes. Tomo dos pastillas; la de la ansiedad me sale \$15 al mes las 30 pastillas y la de la depresión \$60 al mes, o sea \$2 cada pastilla. De ahí, la psicóloga me cuesta \$40. Ahorita pago mensualmente: \$115 pero antes cuando iba al gimnasio pagaba \$60 del gimnasio entonces era \$175, casi \$200 (Carolina, 2014)”

Belén de 26 años dice:

“He tenido una depresión leve y ha sido por partes... una duración de un mes a tres meses... Ahorita estoy de nuevo y hace 6 meses recaí... No creo que la depresión sea un estado de ánimo sino consecuencias de muchas cosas que te han pasado dependiendo de las circunstancias... Pienso que tratan a la depresión como una tristeza cualquiera o de pasar llorando... Lo que a mi m motivó a ir a terapia fue porque ya tenía episodios de varios años del mismo cuadro y porque ahora quiero estar bien... Antes sentía un cuadro mixto, tenía tristeza y lloraba, pero me daba ansiedad y dejaba de hacer las cosas. Me dieron dos tipos de depresión, en la una yo solo quería salir y pasar tomando. En la otra quería pasar

dormida y no quería levantarme. Yo me di cuenta sola de este problema y acudí a la psicóloga por mi parte... Mi familia pensaba que me pasaba algo pero no me hacían mucho caso... ellos me decían que estaba agresiva y que ya no era como antes... Eventualmente se preocuparon y cuando se dieron cuenta que ya deje de ir a trabajar... Tuve el apoyo incondicional y hasta la fecha me apoyan... Pienso que es necesaria más información sobre este tema porque sirve para que todos se informen, tanto los familiares como las personas porque es algo en conjunto... Pienso que hay muchas personas que padecen de depresión pero no toman la responsabilidad... gasto aproximadamente \$120 entre pastillas entre psicólogo y psiquiatra y gimnasio... en total unos \$200 mensuales... (Belén, 2014)”

Gabriela, 24 años:

“lo detecté porque me encerraba, pasaba llorando, no comía, y me recomendaron ir a un psicólogo para ver lo que me pasaba y me dijeron que tenía depresión pero no algo tan clínico.. tenía terapias y hablaba acerca de mis problemas hablando de mi entorno.. pasé episodios traumáticos de mi vida.. Cada cierto tiempo he tenido estos episodios por etapas muy fuertes de mi vida... cuando todo se me junta siento que comienzo a guardarme mis sentimientos, recaigo, exploto... todos piensan que es como una enfermedad y solo hay que tomar pastillas... Estuve un año con pastillas y cada pastilla me costaba \$2 para la depresión y yo tenía que tomarme dos cada día, me daba Lírca. O sea \$4 diarios por pastilla pero yo me salí de un momento al otro porque básicamente pasaba dormida todo el tiempo porque estaba cansada de

tomar tantas pastillas... Ahora soy más consciente de las cosas... esto fue hace 4 años pero recién tuve una recaída cuando estuve de intercambio y me dio en el invierno... Ahí fui al psicólogo de la universidad... Cuando me dieron las pastillas hace 4 años no me hicieron un estudio solo me dieron las pastillas y ya... en cambio en estados unidos fui donde una psicología psiquiatra que sí me hizo un estudio completo porque yo tenía un problema biológico y me dio Zoloft... Esa tomaba una cada día por tres meses... Me dio sueño nuevamente y me recordó al año que tomé pastillas y dejé el tratamiento pero sí le avisé a mi psicóloga... no le pedí permiso pero si le avisé indicándole que me siento bien y que me daba sueño y me dijo que no había problema pero que si me sentía mal vuelva a acudir a ella... En el Ecuador es difícil, cuando dices que tienes depresión te ven mal... He escuchado que es la enfermedad de los ricos porque un pobre no podría tener depresión... En cuanto a mi familia, ellos no están como para decir que tengo depresión, pero dijeron 'está loca metámosle a un psiquiatra' o que era inmadura o estaba loca... (Gabriela, 2014)"

Estefanía 22 años:

"No he tenido un diagnóstico de depresión pero pienso que sí la tengo... Ya hace como dos años que me vengo sintiendo así, que por ejemplo me siento bien por una época pero luego exploto y me da ansiedad y no paro de llorar... Le he dicho muchas veces a mi mamá que tengo depresión y que necesito ayuda pero ella dice que no cree en los psicólogos y que mejor hable mis problemas con ella... Que para qué voy a gastar la plata en hablar con alguien

si puedo hablar con ella... Pero no entienden como me siento... Muchas veces he pensado en la muerte como una vía de salida pero nunca me he atrevido... De cierta manera mi mamá sí me levanta el ánimo pero cuando tengo episodios de llorar con desesperación ella no sabe qué hacer y se enoja conmigo... La verdad sí quisiera que las personas se informen más sobre el tema para que otras personas que les pase lo mismo que a mi sepan qué hacer... Por ejemplo, muchas veces le he pedido que me lleve a un psicólogo y a veces accede y me dice ‘el lunes vamos’, pero ese lunes nunca llega porque se hace la loca y se olvida... Cuando topo el tema siempre me evade y dice que los psicólogos y psiquiatras no sirven... Lo toma como una burla y eso no me parece bien... Es como si pensara que los psicólogos roban a las personas... (Estefanía, 2014)”

Luego de haber entrevistado a personas de varias edades que padecen esta enfermedad se concluye que el tratamiento de la depresión es excesivamente caro. A continuación realicé un cuadro promediando los gastos que se incurren para el tratamiento.

Tabla 7. Presupuestos

Psicólogo	Psiquiatra	Medicamento Ansiedad	Medicamento Depresión	Total	Gimnasio*	Total
\$40	\$60	\$15	\$60	\$175	\$70*	\$245

Como se puede ver, en promedio se gasta alrededor de \$175 mensuales con los tratamientos básicos, es decir, sin gimnasio ya que en algunos casos los doctores recomiendan hacer ejercicio. Este valor mensual es inmensamente significativo tanto para personas con recursos económicos suficientes como para personas de escasos recursos. Asumiendo que una persona que gana el sueldo básico (promedio de \$350) que tenga

depresión, tendría que gastar más de la mitad de su sueldo para hacerse atender a nivel privado. Es por esto que el Estado ha desarrollado programas como los previamente mencionados para que las personas con esta enfermedad tengan mayor acceso a los tratamientos. Sin embargo, la problemática principal, además del alto costo, es la falta de conocimiento sobre el tema y la falta de una guía apropiada para llevar a cabo un tratamiento.

Como patrón, en las entrevistas, pude determinar que las personas que han acudido a terapia no han tenido el conocimiento completo para desarrollar un tratamiento adecuado. En su mayoría, han acudido directamente a psiquiatras sin el apoyo de un psicólogo y viceversa, o simplemente no han sabido a quién acudir para una ayuda profesional.

Es por esto que el rol de la familia en una situación de una persona con depresión es sumamente importante ya que según Dueñas es un “eje de apoyo” debido a su trascendencia para la óptima recuperación del paciente depresivo. (Dueñas, 2014). Asimismo, ella afirma que si la persona no está en capacidad de pedir ayuda o no tiene la suficiente determinación es fundamental que la familia lo guíe de manera positiva y lo lleve a terapia profesional. También indica que en el caso de que la familia no crea en el apoyo psicológico o apoyo psiquiátrico, depende mucho la modificación de pensamiento y educación en cuanto a la psicoterapia que se puede hacer para modificar comportamientos errados (Dueñas, 2014). Como menciona el Dr. Camino, el tratamiento tiene que ser holístico. Si el tratamiento es psicosocial, el rol de la familia es fundamental en un proceso de tratamiento por lo que el tratamiento no solo es el paciente, sino la familia y todo lo que le rodea. (Camino, 2014).

Por ende, luego de haber analizado la situación actual de la depresión en el Ecuador he decidido realizar una campaña informativa y de sensibilización sobre la depresión con

el fin de educar a las personas sobre esta temática para que su salud mental no se perjudique. Como menciona varias veces la Dra. Dueñas: “no hay que dejar de considerar que lamentablemente todo paciente depresivo es un suicida en potencia, en mayor o en menor grado... aquel paciente depresivo severo generalmente no alerta ni notifica sobre su posible suicidio sino simplemente toma la decisión y lo hace” (Dueñas, 2014).

Principalmente, el target de esta campaña es dirigido a dos grupos: el paciente y la familia. El objetivo es desarrollar puntos específicos de las principales sintomatologías y en base a esta información más gráfica y fácil para el público, llevar a cabo esta campaña de comunicación sobre cuáles serían los principales síntomas de riesgo y sobre cuáles serían las principales vías de acceso de solución.

Fundación Nuestros Jóvenes

Para desarrollar esta campaña he decidido trabajar con la Fundación Nuestros Jóvenes que lleva a cabo un programa llamado “Informa-T/ Ayuda-T” que brinda apoyo emocional y psicológico a personas con depresión. El sistema “Informa-T/ Ayuda-T” inició en el año 1988 funcionando como un servicio de línea telefónica para orientar y asesorar psicológicamente. Desde hace 24 años han contado con soporte estatal de telecomunicaciones y actualmente cuentan con el apoyo de la Corporación Nacional de Telecomunicaciones (CNT) y la Superintendencia de Telecomunicaciones (SUPERTEL) y se ha brindado apoyo a miles de personas que han necesitado de información de manera confidencial y gratuita. El enfoque de este sistema se basa en apoyar y guiar en áreas de salud mental y física a nivel nacional. Este sistema ha sido revolucionario y tiene una gran trayectoria debido a su apoyo profesional en servicios de intervención psicológica para la atención de problemáticas juveniles a través de procesos investigativos para desarrollar

estrategias de prevención a problemáticas sociales. Hoy en día, este servicio orienta psicológicamente a través de una línea telefónica y re direcciona a la persona en casos de necesitar ayuda más específica.

Objetivo General de Informa-T/Ayuda-T

Procurar la prevención e intervención psicológica en aras de la salud física y mental de la población, en cualquier rango de edad o condición social, a través de orientación profesional telefónica oportuna, y de calidad. Brindando procesos terapéuticos personales y grupales, alternativas de desarrollo individual y colectiva, estableciendo procesos de capacitación constantes referidos a las necesidades presentes en el contexto nacional.

EJECUCIÓN PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Desarrollo de la campaña: “Rompe el Misterio, la Depresión no discrimina” como campaña de Mercadeo Social para la desmitificación, información y sensibilización de la depresión.

Tema

El tema de la campaña “Rompe el Misterio, la Depresión no discrimina” es la depresión y se tiene como enfoque el informar a la sociedad sobre qué es exactamente y dar a conocer las formas para detectarla a tiempo y llegar a un tratamiento holístico

Justificación

El motivo de realización de esta campaña es debido a la falta de conocimiento en el Ecuador sobre la depresión. La falta de conocimiento de esta temática es el principal problema en todos los sentidos debido a que muchos jóvenes la padecen y no tienen la información necesaria para atreverse a pedir ayuda y acudir a un tratamiento apropiado. Por otro lado, en algunos casos, los familiares no brindan el apoyo necesario a personas con depresión ya que la consideran como un “estado de ánimo” o simple “tristeza” y que la solución es “ponerle ganas”, mientras que esto es erróneo porque la depresión es una enfermedad grave que necesita de un tratamiento tanto psicológico como psiquiátrico.

Target/ Grupo objetivo

Esta campaña está dirigida a mujeres jóvenes de 18-25 años de Nivel Socioeconómico medio-bajo que puedan padecer o estar expuestas a la depresión. Este target ha sido escogido debido a que es la edad en la que las mujeres están más propensas a

padecer depresión por factores psicosociales y es importante implantar información útil para lograr detectar a tiempo.

Nombre de la campaña

El nombre “Romparamos el Misterio” fue escogido ya que el fin de esta campaña es quitar el estigma que se tiene o desmitificar a la depresión. Es importante “romper el misterio” porque la depresión es una enfermedad muy común a nivel mundial, pero, como constatamos en las investigaciones tiene un muy mal concepto. Es por esto que “Romparamos el Misterio” fue escogido como nombre de la campaña.

Slogan de la campaña

El slogan “la Depresión no discrimina” se refiere a que la depresión puede estar presente en todas las personas sin importar etnia, nivel socioeconómico, edad, género, etc.

Logo de la campaña



Objetivo General

Desmitificar e informar sobre la depresión para detectarla a tiempo y evitar consecuencias graves como el suicidio.

Objetivos Específicos

1. Recaudar al menos \$300 para la Fundación Nuestros Jóvenes
2. Conseguir cobertura de la campaña en al menos 5 medios de comunicación
3. Conseguir que al menos 200 personas participen en esta campaña, tanto en el evento y activismo
4. Lograr la promoción de esta campaña en Facebook con al menos 300 likes en el Fanpage
5. Lograr que con esta campaña las personas entiendan sobre la verdad de la depresión y se desarrolle una empatía sobre esta causa

PRODUCCIÓN DE LA CAMPAÑA

Piezas comunicacionales gráficas

Para el desarrollo de esta campaña, distintas piezas comunicacionales fueron utilizadas, las mismas que fueron publicadas en la página de Facebook, repartidas en el evento, BTL y activismo; las mismas que se podrán ver a continuación:

Portadas de Facebook.



Posts de Facebook.



Rollup.



Flyer Informativo del Evento.



BTL: SOS Informativo.

UNA TRATAMIENTO EFECTIVO PARA LA DEPRESIÓN.	LA DEPRESIÓN ES UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE LA DEPRESIÓN.	LA DEPRESIÓN PUEDE OCASIONAR LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA VIDA DIARIA.	LA DEPRESIÓN PUEDE OCASIONAR LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA VIDA DIARIA.	LA DEPRESIÓN PUEDE OCASIONAR LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA VIDA DIARIA.	LA DEPRESIÓN PUEDE OCASIONAR LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA VIDA DIARIA.	LA DEPRESIÓN PUEDE OCASIONAR LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA VIDA DIARIA.	LA DEPRESIÓN PUEDE OCASIONAR LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA VIDA DIARIA.
UNA TRATAMIENTO EFECTIVO PARA LA DEPRESIÓN.	LA DEPRESIÓN ES UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE LA DEPRESIÓN.	LA DEPRESIÓN PUEDE OCASIONAR LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA VIDA DIARIA.	LA DEPRESIÓN PUEDE OCASIONAR LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA VIDA DIARIA.	LA DEPRESIÓN PUEDE OCASIONAR LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA VIDA DIARIA.	LA DEPRESIÓN PUEDE OCASIONAR LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA VIDA DIARIA.	LA DEPRESIÓN PUEDE OCASIONAR LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA VIDA DIARIA.	LA DEPRESIÓN PUEDE OCASIONAR LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA VIDA DIARIA.
UNA TRATAMIENTO EFECTIVO PARA LA DEPRESIÓN.	LA DEPRESIÓN ES UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE LA DEPRESIÓN.	LA DEPRESIÓN PUEDE OCASIONAR LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA VIDA DIARIA.	LA DEPRESIÓN PUEDE OCASIONAR LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA VIDA DIARIA.	LA DEPRESIÓN PUEDE OCASIONAR LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA VIDA DIARIA.	LA DEPRESIÓN PUEDE OCASIONAR LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA VIDA DIARIA.	LA DEPRESIÓN PUEDE OCASIONAR LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA VIDA DIARIA.	LA DEPRESIÓN PUEDE OCASIONAR LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA VIDA DIARIA.

Producto

Las Carteras Fruit Bag (Dimensiones 39.5cm x 63cm. Polyester) estuvieron a la venta durante toda la campaña a un valor de \$4 cada una.



Figura 4. Producto de merchandising

Actividades Comunicacionales

BTL: “SOS: No es tristeza, es depresión”

Fecha: Viernes 12 de diciembre de 2012

Lugar: Universidad Tecnológica Equinoccial

Descripción: SOS gigante con información relevante sobre la depresión. Se buscó llamar la atención de los estudiantes de la UTE y las personas que pasaban por sus afueras. El objetivo fue informar sobre las causas, síntomas y formas de ayuda para la depresión a través de flyers informativos y el SOS. Se realizaron tests gratuitos de Beck por psicólogos que estarán en el BTL para personas que deseen medir si padecen de depresión.

Resultados: Más de 200 jóvenes participaron en el BTL tomándose fotos con el SOS gigante y realizando Tests de Beck, que son tests para medir el nivel de depresión de una persona.

Fotos del BTL



Evento: “Entendamos la depresión...”**Fecha:** Viernes 12 de diciembre de 2012**Lugar:** Universidad Tecnológica Equinoccial**Descripción:** Charla Informativa por un especialista sobre la depresión

Resultados: El viernes 12 de diciembre de 2014 se realizó una charla informativa junto con la Federación de Estudiantes de la Universidad Tecnológica Equinoccial (UTE) ya que mostraron un inmenso interés en esta campaña y una disposición amplia para colaborar. Esta charla fue abierta a todo el público y para los estudiantes de la universidad. La psicóloga clínica, Dra. Cristina Castillo, dio la conferencia a más de 150 personas en el auditorio Álvaro Trueba de la UTE. Contamos también con la presencia del vicerrector de la universidad, el Dr. Jorge Moya Viteri, quien aplaudió esta iniciativa e incitó a sus estudiantes a promoverla. Contamos con la presencia de Nathaly Silvana Escaleras, cantante y vocera oficial de la campaña. Al final del evento, las carteras estuvieron a la venta y hubo una gran acogida.

Fotos del evento: “Entendamos la depresión...”



Activismo.

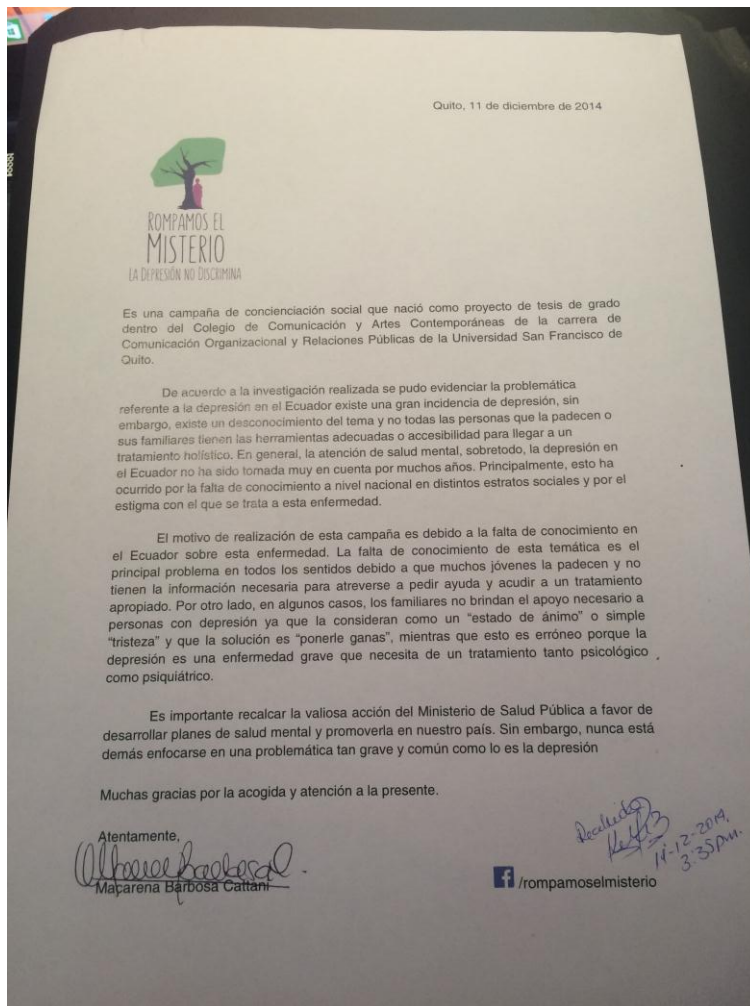
Fecha: Lunes, 15 de Diciembre de 2014

Lugar: Afueras del Ministerio de Salud Pública

Descripción: Gran grupo de personas se instaló en las afueras del Ministerio de Salud Pública con el fin de informar, sensibilizar y promover la campaña.

Resultados: Más de 30 personas participaron en el activismo en las afueras del Ministerio de Salud Pública para promover esta campaña. Me recibió Gabriela Llanos, Analista de la Comisión de Salud Mental junto con Karla Pérez para escuchar mi campaña. Al mostrar un gran interés, me contactaron con Natalia Deleg, Directora Nacional de Comunicación del Ministerio, quien me dio una cita para Enero.

Foto de la campaña recibida por el Ministerio de Salud.





Medios Digitales

El manejo de redes sociales para esta campaña fue 100% enfocado en Facebook. El Fan Page se llama “Romparamos el Misterio, la Depresión no discrimina”. En esta página se compartió información importante sobre la campaña, sobre la depresión sus síntomas, posibles causas, información estadística, fotos en medios de comunicación, videos interactivos, fotos de los eventos, artes de los afiches y fotos de la vocera de la campaña. Hasta el miércoles 17 de diciembre se logró conseguir 371 likes. La cantidad de likes en Facebook incrementó luego de haber realizado el evento y luego de que la vocera oficial, Nathaly Silvana, realice posts y comparta la campaña.

Esta página fue fundamental para comunicar toda actividad realizada por la campaña.

Video

Para esta campaña se realizó un video con la recopilación de toda la campaña, desde su inicio hasta sus etapas finales.

Cuña de Radio

Se realizó una cuña de radio:

“La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo. Por eso, si notas que tú o alguien que aprecias está irritable, ansioso, no siente placer en sus actividades cotidiana o se aísla de las personas ¡preocúpate! Puede tener depresión. Rompamos el Misterio, más de 350 millones de personas en el mundo tienen depresión y la mayoría de ellos no buscan ayuda! ¡Búscanos en Facebook para mayor información: Rompamos el Misterio, la Discrimina

Vocero

La vocera oficial de la campaña Rompamos el Misterio es Nathaly Silvana Escalera, quien colaboró en los eventos y promoción de la campaña vía Facebook.

Ingresos

Tabla 8. Venta de Carteras

Costo neto de carteras	Precio de Venta de carteras	Cantidad estimada a vender	Cantidad Recuperada
\$2.49 x 100 = \$249	\$4	100	\$249

Donación FEDEUTE: \$150

Total: \$399

Gestión de Medios

La gestión de medios se realizó a través de un boletín de prensa a distintos medios de comunicación, principalmente radios. Además se contó con el apoyo de estudiantes de la clase de Relaciones Públicas.

A continuación la información de la difusión:

9 de diciembre de 2014

Radio: Platinum

Detalle: Información sobre la depresión e información sobre la campaña

Duración: 10 min 38 seg

Entrevistador: Andrea Jimbo

Radio: Radio Católica Nacional

Detalle: Información sobre la depresión e información sobre la campaña

Duración: 10 min

Entrevistador: Dr. Nelson Maldonado

15 de diciembre de 2014

Radio: Casa de la Cultura

Detalle: Información sobre la depresión e información sobre la campaña

Duración: 11 min 10 seg

Entrevistador: Beatriz Fuentes

Radio: FM Mundo

Detalle: Información sobre la depresión e información sobre la campaña

Duración: 10 min aprox

Entrevistador: Gabriela Galárraga

Radio: Majestad

Detalle: Información sobre la depresión e información sobre la campaña

Duración: 10 min aprox

Entrevistador: Bernardo Abad

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Respuesta a la pregunta de investigación

La depresión no es una simple tristeza ni un estado de ánimo. La depresión es una enfermedad que afecta a la persona en cuanto a sus actividades diarias debido a factores biológicos, químicos de neurotransmisores y psicosociales.

Conclusiones

En conclusión, la depresión es un trastorno mental que afecta a una inmensa población mundial y afecta tanto al paciente como a sus familiares. Es evidente que así sea desde un pequeño porcentaje, hasta el más alto, existe depresión en cada país del mundo, así no se la haya identificado en casos de países de extrema pobreza. Por lo tanto, esta es una problemática social que, como vimos en las estadísticas, es una de las 5 primeras causas de incapacidad a nivel mundial. Hoy en día existe una amplia gama de especialistas enfocados en tratar este trastorno. La calidad de vida de las personas no tiene que necesariamente verse afectada por un trastorno que no depende de ellos. Existen varias alternativas que brindan las ONGs para personas que no tienen los recursos para ser tratados e incluso para apoyo a los familiares.

Es momento de empezar a educar a la sociedad sobre esta enfermedad que, sin darnos cuenta, puede estar muy cerca de nosotros ya que la depresión no es una cuestión de “buena voluntad” o “actitud” sino de tratamiento y apoyo fundamental de la familia. Es ahora cuando se debe tomar acción para informar, prevenir y evitar que la depresión se vuelva en la primera causa de incapacidad, como lo predicen las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. Está en las manos de todas las personas vulnerables a esta patología, la propagación de información sobre este tema.

Es importante saber reconocer cuando una persona está con síntomas depresivos, o incluso uno mismo, para poder tratar o ser tratado a tiempo y evitar consecuencias graves que puedan terminar en suicidio.

Al culminar la campaña de Mercadeo Social “Rompamos el Misterio, la Depresión no discrimina” se puede concluir que la gente no conoce mucho sobre lo que es realmente la depresión e ignora que es una problemática importante. Asimismo se concluye que, luego de realizar la campaña comunicacional informativa, las personas mostraron un gran interés en este tema que no ha sido tratado a profundidad. La juventud se mostró muy interesada en la campaña y fue muy participativa en el evento, BTL y activismo.

El mensaje de “romper el misterio” fue crucial ya que las personas se identificaron por esta frase y la asociaron con la vida real. El objetivo general de la campaña fue alcanzado debido a que las personas que participaron lograron entender de qué se trata la depresión y el Ministerio de Salud Pública nos recibió con gran interés para escuchar la campaña y posiblemente replicarla.

Recomendaciones

Es de suma importancia el control de este tipo de patología por los gobiernos de cada país. No todos lo tienen y es por esto que las estadísticas son lo más aproximadas a la realidad posible en base a casos diagnosticados. En los países de mayor pobreza se debe desarrollar planes de salud enfocados también a los trastornos depresivos. De igual manera, es recomendable crear más organizaciones en cada país que traten esta problemática, tanto para brindar apoyo al paciente y de igual manera capacitar a los familiares para un desarrollo un tratamiento adecuado. Por otra parte, también es importante que las páginas web de los ministerios de cada país tengan información

detallada de esta problemática tal como lo tienen Francia y Estados Unidos. La mayoría de países latinoamericanos cuentan con páginas web de Ministerios de Salud que no abarcan con este tema. La información sobre la depresión debe estar al alcance de todos los ciudadanos, tanto virtual como físicamente.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asociación Internacional de Prevención del Suicidio. (25 de Mayo de 2013). *Asociación Internacional de Prevención del Suicidio*. Recuperado el 3 de Octubre de 2014, de <http://iasp.info/es/index.php>
- Beck, A., & Alford, B. (2009). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Belén. (21 de Octubre de 2014). Depresión. (M. B. Cattani, Entrevistador)
- Bromet, E., Andrade, L., Hwang, I., Sampson, N., Alonso, J., de Girolamo, G., y otros. (26 de Julio de 2011). *American Journal BMC Medicine*. Recuperado el 23 de Septiembre de 2014, de Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/90>
- Bromet, E., Andrade, L., Hwang, I., Sampson, N., Alonso, J., de Girolamo, G., y otros. (26 de Julio de 2011). *American Journal BMC Medicine*. Recuperado el 23 de Septiembre de 2014, de Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/90>
- Camino, D. A. (21 de Octubre de 2014). Médico Psiquiatra General. Médico Psiquiatra Asistencial del Club de Leones Quito Central. Psiquiatra Jurídico y Forense y Operador terapéutico en farmacodependencia y alcoholismo. (M. B. Cattani, Entrevistador)
- Carolina. (19 de Octubre de 2014). Depresión. (M. B. Cattani, Entrevistador)
- Castillo, D. M. (Octubre de 2014). Doctora en Psicología Clínica. (M. Barbosa, Entrevistador) Quito, Pichincha, Ecuador.
- Castillo, D. M. (1 de Octubre de 2014). Psic. Clínica. Posgrado Universidad John F. Kennedy. (M. B. Cattani, Entrevistador)
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (17 de Enero de 2011). *Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud*. Recuperado el 6 de Octubre de 2014, de <http://www.cdc.gov/spanish/datos/depresion/>
- Cobo, J. (2005). *Psiquiatría.com*. Recuperado el 24 de Septiembre de 2014, de El concepto de depresión. Historia, definicion(es), nosología, clasificación.: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/283/268>
- Comisión de Salud Mental. (2014). *Modelo de Atención Integral de Salud*. Quito, Ecuador: Comisión de Salud Mental.

- Díaz, E. (10 de Diciembre de 2010). Cada tres días, hay dos suicidios en Paraguay. *ABC Color*.
- Dueñas, D. E. (14 de Octubre de 2014). Doctora en Psicología Clínica. PhD en Psicología Conductual. Psicooncóloga de SOLCA Quito. (M. B. Cattani, Entrevistador)
- Estefanía. (12 de Octubre de 2014). Depresión. (M. B. Cattani, Entrevistador)
- Federación Mundial de la Salud Mental. (2012). *Depresión: Una crisis global*. Recuperado el 1 de Octubre de 2014, de http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012_wmhday_spanish.pdf
- Ferrari, A., Charlson, F., Norman, R., Patten, S., Fredman, G., Murray, C., y otros. (2013). Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS Medicine*.
- Gabriela. (23 de Octubre de 2014). Depresión. (M. B. Cattani, Entrevistador)
- Jacobson, E. (1971). *Depresión: Estudios comparativos de condiciones normales, neuróticas y psicóticas*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Llanos, P. G. (30 de Octubre de 2014). Psicóloga Clínica. Analista de la Comisión de Salud Mental del MSP. (M. B. Cattani, Entrevistador)
- Matovelle, D. G. (10 de Octubre de 2014). Médico Psiquiatra con estudios en neuropsicofarmacología y medicina del sueño. Perito abalado por la Judcatura y Fiscalía en el Ecuador. Especialista en el manejo neuropsicofarmacológico y clínico de la depresión y la ansiedad. (M. B. Cattani, Entrevistador)
- Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. (13 de Julio de 2009). *Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes*. Recuperado el 4 de Octubre de 2014, de La Dépression. : <http://www.sante.gouv.fr/la-depression.html>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Plan Estratégico de Salud Mental*. Quito, Ecuador: Comisión de Salud Mental.
- National Institute of Mental Health. (Agosto de 2002). Depresión y la mujer. Estados Unidos.
- National Institute of Mental Health. (2013). *What is depression?* Obtenido de <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- Organización Mundial de la Salud. (Octubre de 2012). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 24 de Septiembre de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (11 de Octubre de 2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno más frecuente*. Recuperado el 4 de Octubre de 2014, de

http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1520:dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mas-frecuente&Itemid=0

Ortuño, F. (2010). Trastornos del humor: trastorno depresivo y trastorno bipolar. En F. Ortuño, *Lecciones de Psiquiatría* (págs. 119-139). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Web MD. (2014). *Web MD*. Recuperado el 6 de Oct de 2014, de <http://www.webmd.com/depression/guide/causes-depression>