



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

**Depresión y ansiedad en adultos con discapacidad
que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro
Ayora - Loja**

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Médico General

Autor:

Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa

Directora:

Dra. Angélica María Gordillo Iñiguez

Loja-Ecuador

2023

ii.

Certificación

Loja, 17 de marzo de 2022

Dra. Angélica María Gordillo Iñiguez

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICA:

Que el presente Trabajo de Titulación denominado: **Depresión y ansiedad en adultos con discapacidad que asisten a fisiatría en el Hospital General Isidro Ayora - Loja**, de autoría del señor **Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa**, ha sido realizada bajo mi asesoramiento, dirección y supervisión, la misma que cumple a satisfacción los requisitos de fondo y forma de conformidad con los requerimientos institucionales, por tal motivo autorizo su presentación y defensa ante el tribunal designado, previo a obtener el título de Médico General.

Atentamente:



Firmado electrónicamente por:
ANGELICA MARIA
GORDILLO INIGUEZ

.....

Dra. Angélica Gordillo

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

iii. Autoría

Yo, Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa, declaro ser autor del presente Trabajo de titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales por el contenido de la misma. Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Titulación en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:



Cédula de identidad: 1725114225

Fecha: 05 de julio del 2023

Correo electrónico: jonathan.a.vega@unl.edu.ec

Teléfono: 0998560361

iv. Carta de autorización

Yo, Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa, declaro ser autor del Trabajo de Titulación denominado: **Depresión y ansiedad en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora - Loja**; como requisito previo a la obtención del título de **Médico General**, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la Trabajo de Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, a los cinco días del mes de julio de dos mil veintitrés



Autor: Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa

Cédula de identidad: 1725114225

Dirección: Loja-Celi Román – Avenida Alfredo Mora Reyes

Correo electrónico: jonathan.a.vega@unl.edu.ec

Teléfono: 0998560361

Datos complementarios

Directora de Trabajo de Titulación: Dra. Angélica María Gordillo Iñiguez

Tribunal de grado:

Presidenta: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza

Miembro del tribunal de grado 1: Dra. Sara Felicita Vidal Rodriguez

Miembro del tribunal de grado 2: Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento

v. Dedicatoria

El presente trabajo de titulación lo dedico con todo mi amor y cariño a mi madre, Norma Jacqueline YanchaluisaMinta, quien con mucho sacrificio, esfuerzo y entrega me ha apoyado toda la vida y me ha permitido estudiar la carrera que amo, enseñándome la responsabilidad, dedicación y constancia que ello conlleva, además de ser el pilar en mi vida es a quien dedico mis antiguos, presentes y futuros logros que con esfuerzo espero merecer.

De la misma manera a mi abuelita María Ernestina Minta Chicaiza y mi tío Marcelo Rodrigo Yanchaluisa Minta, quienes, con su constancia, trabajo duro y buen corazón han sido mi guía y mi ejemplo a seguir en los días buenos y malos. También agradezco a Susana, Andrea, Estefany, Angelina y Elena, por ser parte de este largo camino, quienes me motivan a superarme diariamente y hacer lo correcto.

Así mismo a mis compañeros de carrera, amigos y familiares, con quienes he compartido mis alegrías y tristezas, demostrándome su preocupación y cariño sincero, han estado conmigo durante todos estos años brindándome su apoyo incondicional, haré que estén orgullosos, así como yo lo estoy de tenerlos en mí vida.

Gracias a todos.

Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa.

vi. Agradecimiento

En primera instancia mi profunda gratitud hacia a mis formadores académicos Md. Sandra Mejía y Md. Angélica Gordillo, quienes con su guía, sabiduría, esfuerzo y paciencia me han ayudado a llegar a la culminación de este Trabajo de titulación, proceso que no ha sido sencillo, sin embargo, su constancia, dedicación y entrega hacia sus estudiantes han sido cruciales para lograr un adecuado desarrollo del proyecto y así poder tener una grata titulación profesional.

Mis gracias sinceras a la doctora Johanna Ramón, Marco Medina y el Hospital General Isidro Ayora – Loja, por la aceptación y apoyo en el desarrollo del proyecto.

Agradezco desde lo profundo de mi corazón a todos quienes han sido parte de este camino, no podría nombrarlos a todos, sin embargo, espero que mis acciones demuestren lo que mis palabras no pueden.

Muchas gracias a todos, siempre los guardo en mi alma.

Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa.

vii. Índice

i. Carátula.....	1
ii. Certificación.....	II
iii. Autoría.....	III
iv. Carta de autorización.....	IV
v. Dedicatoria.....	V
vi. Agradecimiento.....	VI
vii. Índice de contenido.....	VII
ix. Índice de tablas.....	IX
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
2.1. Abstract.....	3
3. Introducción.....	4
4. Marco teórico.....	6
4.1. Depresión.....	6
4.1.1. <i>Concepto</i>	6
4.1.2. <i>Etiología</i>	6
4.1.3. <i>Fisiopatología</i>	6
4.1.4. <i>Epidemiología</i>	6
4.1.5. <i>Clasificación de la depresión</i>	7
4.1.6. <i>Manifestaciones clínicas</i>	9
4.1.7. <i>Diagnóstico</i>	10
4.1.8. <i>Tratamiento</i>	11
4.2. Ansiedad.....	13
4.2.1. <i>Concepto</i>	13
4.2.2. <i>Etiología</i>	13
4.2.3. <i>Fisiopatología</i>	13
4.2.4. <i>Manifestaciones clínicas</i>	13
4.2.5. <i>Diagnóstico</i>	14
4.2.6. <i>Tratamiento</i>	14
4.3. Discapacidad.....	15
4.3.1. <i>Concepto</i>	15
4.3.2. <i>Origen de la discapacidad</i>	15
4.3.3. <i>Definición legal de la discapacidad en el ecuador</i>	15
4.3.4. <i>La discapacidad a nivel global</i>	15
4.3.5. <i>La discapacidad en el ecuador</i>	16
4.3.6. <i>Clasificación de discapacidad en ecuador</i>	16
5. Metodología.....	18
5.1. Enfoque.....	18
5.2. Tipo de diseño utilizado.....	18
5.3. Unidad de estudio.....	18

5.3.1. Lugar.....	18
5.3.2. Tiempo	18
5.4. Universo	18
5.5. Muestra.....	18
5.6. Criterios de inclusión.....	18
5.7. Criterios de exclusión	18
5.8. Técnicas.....	19
5.9. Instrumentos.....	19
5.9.1. Consentimiento informado.....	19
5.9.2. Cuestionario de salud del paciente 9 (phq-9).....	19
5.9.3. Cuestionario de trastorno de ansiedad general 7 (gad-7).....	20
5.9.4. Carné de discapacidad.....	21
5.10. Procedimiento.....	21
5.11. Equipo y materiales	21
5.12. Análisis estadístico	22
6. Resultados.....	23
6.1. Resultado del primer objetivo	24
6.2. Resultados del segundo objetivo.....	26
6.3. Resultados del tercer objetivo.....	27
7. Discusión.....	30
8. Conclusiones.....	33
9. Recomendaciones.....	34
10. Bibliografía.....	35
11. Anexos.....	37
11.1. Anexo 1. Pertinencia del proyecto de tesis	37
11.2. Anexo 2. Designación de director	38
11.3. Anexo 3. Autorización de recolección de los datos	39
11.4. Anexo 4. Certificación de inglés	40
11.5. Anexo 5. Consentimiento informado	41
11.6. Anexo 6. Instrumento. Cuestionario PHQ-9	45
11.7. Anexo 7. Instrumento. GAD-7	47
11.8. Anexo 8. Matriz de datos	49
11.9. Anexo 9. Tablas de chi 2.....	51
11.10. Anexo 10. Certificado de tribunal	52

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Distribución de acuerdo a sexo y edad en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja.....</i>	23
Tabla 2. <i>Grados de depresión según grupo de edad y sexo en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja</i>	24
Tabla 3. <i>Grados de ansiedad según grupo de edad y sexo en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja</i>	25
Tabla 4. <i>Tipo de discapacidad según grupo de edad y sexo en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja</i>	26
Tabla 5. <i>Relación entre grados de depresión y tipo de discapacidad en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja.....</i>	27
Tabla 6. <i>Chi2 entre el grado de depresión y el tipo de discapacidad en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja</i>	27
Tabla 7. <i>Relación entre grados de ansiedad y tipo de discapacidad en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja.....</i>	28
Tabla 8. <i>Chi2 entre el grado de ansiedad y el tipo de discapacidad en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja.....</i>	29

1. Título

Depresión y ansiedad en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital
General Isidro Ayora - Loja

2. Resumen

Depresión y ansiedad son trastornos mentales frecuentes que suelen ser infradiagnosticadas, especialmente en personas con discapacidad donde se encuentra escasa literatura científica y pocos datos estadísticos a nivel global y nacional. Este estudio surge de la necesidad de obtener datos reales sobre la incidencia de estos trastornos y conocer su realidad. La finalidad del estudio fue identificar la presencia de depresión y ansiedad, conocer el tipo de discapacidad según grupo de edad y sexo en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja para establecer la relación entre estas variables. Se aplicó un enfoque cuantitativo de cohorte transversal, con una muestra de tipo no probabilística de 57 participantes, conformado por 59.65% de sexo masculino y 40.35% femenino, que cumplieron criterios de inclusión y exclusión, a quienes se empleó los cuestionarios Patient Health Questionnaire-9 y General Anxiety Disorder-7. Se obtuvo alta prevalencia de grados de depresión 10.53% y ansiedad 14.04% leves en adultos maduros; la discapacidad predominante fue la física 40.35% en varones de 40 a 64 años. Se evidenció mayor relación entre la depresión leve 31.58%; ansiedad moderada 14.04% y discapacidad física, demostrando asociación estadísticamente significativa entre ambas variables con $p < 0.05$. La depresión y ansiedad se presentan sobre todo en discapacidad física. Por lo tanto, se debe tener en cuenta el riesgo sobre trastornos mentales existente en población con esta discapacidad. Mujeres adultas maduras manifestaron grados más graves de depresión y ansiedad pese a ser una menor población.

Palabras clave: *Trastornos mentales, persona con deficiencia.*

Abstract

Depression and anxiety are common mental disorders that are often underdiagnosed, especially in people with disabilities where there is scarce scientific literature and few statistical data at global and national level. This study arises from the need to obtain real data on the incidence of these disorders and to know their reality. The purpose of the present research was to identify the presence of depression and anxiety, in addition, to know the type of disability according to age group and sex in adults with disabilities attending psychiatry at Isidro Ayora General Hospital - Loja in order to establish the relationship between these variables. A quantitative cross-sectional cohort approach was applied, with a non-probabilistic sample of 57 participants, made up of 59.65% male and 40.35% female, who met the inclusion and exclusion criteria, and who used the Patient Health Questionnaire-9 and General Anxiety Disorder-7 questionnaires. A high prevalence of depression 10.53% and mild anxiety 14.04% was obtained in mature adults; the predominant disability was physical disability 40.35% in men aged 40 to 64 years. There was a greater relationship between mild depression 31.58%; moderate anxiety 14.04% and physical disability, showing a statistically significant association between both variables with $p < 0.05$. Depression and anxiety are mostly present in physical disability. Therefore, the risk of mental disorders existing in the population with this disability should be taken into account. Mature adult women showed more severe degrees of depression and anxiety despite being a smaller population.

Key words: Mental disorders, person with disability

3. Introducción

La depresión es un trastorno mental frecuente caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño, apetito, cansancio y falta de concentración (Organización Mundial de la Salud, 2021).

La ansiedad es un trastorno mental caracterizado por miedo o ansiedad intensa y/o una preocupación excesiva, generando un importante malestar y afectando al funcionamiento habitual de la persona (Clínica Barcelona, 2021).

Las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo las cuales interactúan con diversas barreras, que pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Se estima que la depresión afecta aproximadamente a 280 millones (3.8%) de personas en el mundo. En el Ecuador hay poca información epidemiológica de este trastorno, donde la última investigación acerca de depresión desde el 2014 al 2019 revela que más de 5 300 personas se han suicidado en el país, siendo este un marcador que refleja un cuadro depresivo grave (Observatorio Social del Ecuador, 2019). Se considera que la ansiedad es la enfermedad psiquiátrica de mayor prevalencia encontrándose en 15 a 20% de los pacientes que acuden a consultas médicas (Harrison, 2020). No se registran datos por parte del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador respecto a prevalencia o incidencia de trastornos de ansiedad. La discapacidad en el Ecuador registra al año 2021 un total de 470820 personas, predominando la discapacidad física por encima de las demás (Consejo Nacional para la igualdad de Discapacidades, 2021).

Por lo mencionado anteriormente y debido a la poca información bibliográfica existente respecto a estos trastornos en este grupo poblacional, es notoria la necesidad de obtener datos actualizados que permitan conocer la realidad de este trastorno, es necesario realizar la investigación sobre depresión y ansiedad en personas con discapacidad, con el fin de valorar estas variables y dar las respectivas recomendaciones para mejorar su salud mental, por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe depresión y ansiedad en los adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja?

Se realizó este estudio fundamentado en las prioridades de investigación en salud, propuestas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP): Salud Mental y trastornos del comportamiento, la línea “Depresión y distimia” y sub línea “Grupos Vulnerables” y que

se enmarca en la tercera línea de investigación de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja: “Salud enfermedad del adulto y adulto mayor”, enfocado en: “trastornos del comportamiento humano y discapacidades”; cuya finalidad es aportar un mayor conocimiento sobre la realidad presente de depresión y ansiedad en personas con discapacidad, para así mejorar el manejo de estas enfermedades que constantemente incrementan en nuestra sociedad.

La investigación tuvo como objetivo general: determinar la presencia de depresión y ansiedad en adultos con discapacidad que asisten a fisiatría en el Hospital General Isidro Ayora – Loja en el periodo noviembre 2021 – marzo 2022, y como objetivos específicos: identificar los grados de depresión y ansiedad según grupo de edad y sexo, conocer el tipo de discapacidad según grupo de edad y sexo, y finalmente establecer la relación entre los grados de depresión y ansiedad con el tipo de discapacidad en los adultos con discapacidad que asisten a fisiatría en el Hospital General Isidro Ayora – Loja.

4. Marco teórico

4.1. Depresión

4.1.1. Concepto. La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS, 2020)

4.1.2. Etiología. Entre las causas se incluyen interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Eventos de la vida como la adversidad infantil, la pérdida, el desempleo entre otras situaciones adversas pueden catalizar el desarrollo de la depresión. (OMS, 2020)

4.1.3. Fisiopatología. Las alteraciones neuroendocrinas que reflejan los signos y síntomas neurovegetativos son: aumento de la secreción de cortisol y de hormona liberadora de corticotropina (CRH), disminución de la respuesta inhibitoria de los glucocorticoides a la dexametasona y respuesta amortiguada de la tirotrópina (TSH) a la inyección de hormona liberadora de tirotrópina (TRH). La depresión mayor también se relaciona con cambios en las concentraciones de las citocinas proinflamatorias y neutrofinas, aumento en las medidas de tensión oxidativa y envejecimiento celular, acortamiento de telómeros y disfunción mitocondrial. Las variaciones diurnas en la intensidad de los síntomas y las alteraciones en los ritmos circadianos de varios factores neuroquímicos y neurohumorales sugieren que las diferencias biológicas pueden ser consecuencia de un defecto primario en la regulación de los ritmos biológicos. Se ha observado una disminución del tiempo de inicio del sueño de movimiento ocular rápido (REM), aumento de la densidad de REM y en algunos sujetos, reducción de la etapa IV del sueño con ondas δ lentas. (Harrison, 2019)

4.1.4. Epidemiología. Casi 15% de la población general sufre un episodio de depresión mayor en algún momento de su vida, y 6 a 8% de los pacientes ambulatorios de los servicios de atención primaria cumple con los criterios diagnósticos de este trastorno. La depresión suele pasar inadvertida muchas veces y más aún suele ser tratada inadecuadamente. Cuando esta avanza puede desembocar en suicidio. En promedio, 4 a 5% de todos los sujetos deprimidos termina por suicidarse y muchos buscan ayuda médica 30 días antes de su muerte. La frecuencia de depresión es casi dos veces mayor en mujeres que en varones y la incidencia aumenta con el envejecimiento en ambos géneros. (Harrison, 2019)

4.1.5. Clasificación de la depresión. Los trastornos depresivos son varios y pueden clasificarse considerando a la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) o con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5).

4.1.5.1. Clasificación de la depresión CIE-10. Los trastornos depresivos se pueden clasificar en:

- F32: Episodio depresivo. En los episodios tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos.

- F32.0: Episodio depresivo leve.
- F32.1: Episodio depresivo moderado.
- F32.2: Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3: Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8: Otros episodios depresivos.
- F32.9: Episodio depresivo, no especificado.

- F33: Trastorno depresivo recurrente. Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, como los descritos para el episodio depresivo (F32), sin ninguna historia de otros episodios distintos en los que hubiera habido elevación del ánimo y aumento de la energía (manía). Sin embargo, se permite episodios breves de ligera elevación de ánimo e hiperactividad (hipomanía), los cuales a veces son desencadenados por el uso de antidepresivos. El comienzo puede ser tanto agudo como insidioso, y la duración del cuadro varía desde unas pocas semanas a varios meses, entre estos episodios tenemos:

- F33.0: Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente.
- F33.1: Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente.
- F33.2: Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos.
- F33.3: Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos.
- F33.4: Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
- F33.8: Otros trastornos depresivos recurrentes.
- F33.9: Trastorno depresivo recurrente, no especificado.

- F34: Trastornos del humor (afectivos) persistentes. Son aquellos trastornos del humor persistentes y habitualmente fluctuantes, en los cuales la mayoría de los episodios individuales no llegan a ser suficientemente graves como para que se justifique describirlos como episodios hipomaníacos, ni como episodios depresivos leves. Debido a una duración de muchos años, afectando la mayor parte de la vida adulta del paciente e implicando una angustia e incapacidad considerables. En algunos casos los episodios maníacos o depresivos recurrentes o únicos pueden aparecer superpuestos a un trastorno afectivo persistente, entre estos episodios tenemos:

- F34.0 Ciclotimia.
- F34.1: Distimia.
- F34.8: Otros trastornos del humor (afectivos).
- F34.9 Trastorno persistente del humor (afectivo), no especificado.

- F38: Otros trastornos del humor (afectivos). Son cualquier trastorno del humor que no justifica su clasificación en F30 – F34, porque no es suficientemente grave o duradero, entre estos tenemos:

- F38.0: Otros trastornos del humor (afectivos), aislados.
- F38.1: Otros trastornos del humor (afectivos), recurrentes.
- F38.8. Otros trastornos del humor (afectivos), especificados. (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, 2016)

4.1.5.2. Clasificación de la depresión DSM-5. En este manual se clasifican algunos tipos de trastornos según los síntomas específicos:

- Trastorno depresivo mayor, a menudo denominado depresión. En ella los pacientes tienen un aspecto triste, con ojos llorosos, ceño fruncido, comisuras de la boca hacia abajo, postura decaída, escaso contacto visual, ausencia de expresión facial, pocos movimientos corporales y cambios en el habla. En algunos el estado de ánimo depresivo es tan profundo que se acaban las lágrimas, refieren ser incapaces de sufrir las emociones habituales y sienten que el mundo se ha vuelto anodino y apagado. (Coryell W., 2020)

- Trastorno depresivo persistente, conocido como distimia. En este trastorno los síntomas depresivos persisten ≥ 2 años sin remisión, en ella los síntomas generalmente comienzan de forma insidiosa durante la adolescencia y pueden durar muchos años o décadas. La serie de síntomas a menudo fluctúa por encima y por debajo del umbral del episodio depresivo mayor. Los pacientes son negativos, pesimistas, sin sentido del humor,

pasivos, obnubilados, introvertidos, hipercríticos respecto de sí mismos y de los demás y quejumbrosos. (Coryell W., 2020)

- Otro trastorno depresivo especificado o no especificado. Son aquellos que tienen un conjunto de síntomas con características que no cumplen todos los criterios para otros trastornos depresivos, pero que causan malestar clínico significativo o deterioro del funcionamiento. (Coryell W., 2020)

Otros son clasificados por la etiología:

- Trastorno disfórico premenstrual. Implica síntomas de ánimo y ansiedad que están claramente relacionados con el ciclo menstrual, con inicio en la fase premenstrual y un intervalo libre de síntomas después de la menstruación. Los síntomas deben estar presentes durante la mayoría de los ciclos menstruales durante el pasado año. (Coryell W., 2020)

- Trastorno depresivo debido a otra enfermedad. Pueden aparecer en trastornos tiroideos y suprarrenales, tumores encefálicos benignos y malignos, accidente cerebrovascular, sida, enfermedad de Parkinson y esclerosis múltiple. (Coryell W., 2020)

- Trastorno depresivo inducido por sustancias/fármacos. Pueden ser causados por fármacos como los corticoides, beta-bloqueantes, interferón, reserpina y abuso de sustancias de uso recreativo como anfetaminas o alcohol. Al igual que los efectos tóxicos o la abstinencia pueden provocar síntomas depresivos transitorios. (Coryell W., 2020)

4.1.6. Manifestaciones clínicas. La depresión mayor se define como un estado de ánimo deprimido que se mantiene diariamente por un mínimo de 2 semanas, episodio que puede caracterizarse por tristeza, indiferencia, apatía o irritabilidad, y suele asociarse a cambios de los modelos de sueño, apetito o peso corporal; agitación o retardo motor, fatiga; pérdida de la capacidad de concentración y de decisión; sensación de culpa o vergüenza, y pensamientos relacionados con la muerte. Los pacientes con depresión tienen una pérdida profunda de la capacidad de sentir placer en todas las actividades susceptibles de producirlo, despiertan muy pronto por la mañana, sienten que su estado de ánimo disfórico es cualitativamente distinto de la tristeza y con frecuencia observan variaciones diurnas de su estado de ánimo (se sienten peor en la mañana). Los pacientes en la fase de duelo o pesar pueden presentar muchos de los síntomas de la depresión mayor, aunque por lo regular se

da importancia a los sentimientos de vacío y pérdida, y no a la anhedonia y pérdida de la autoestima, y su duración por lo común es limitada. (Harrison, 2019).

4.1.7. Diagnóstico. El diagnóstico se determina a partir de una adecuada anamnesis y un examen físico, con la finalidad de realizar un diagnóstico diferencial, ya que en algunos casos la depresión puede estar relacionada con un problema de salud físico no diagnosticado.

Las preguntas realizadas en la entrevista serán acerca de los síntomas que presenta el paciente, los pensamientos, sentimientos y patrones de conducta que tiene o ha ido desarrollando últimamente. Los criterios diagnósticos de depresión más usados son la Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) de la Asociación Americana de Psiquiatría; sin embargo, ciertos instrumentos avalados pueden servir para el tamizaje y diagnóstico de trastornos depresivos.

4.1.7.1. Cuadro 1. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según el CIE-10.

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
Síndrome somático: algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten cuatro o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none">• Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.• Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.• Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.• Empeoramiento matutino del humor o agitación.• Pérdida marcada del apetito.• Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.• Notable disminución del interés sexual.

Fuente: Guía Clínica AUGÉ Depresión en personas de 15 años y más. Serie Guías Clínicas MINSAL, 2013.

4.1.7.2. Cuestionario de Salud del Paciente 9 (PHQ-9). Es un cuestionario desarrollado en el año 1999 por Robert Spitzer, Janet Williams, Kurt Kroenke y otros

colaboradores de la Universidad de Columbia, con una beca de la corporación Pfizer; consta de 9 ítems y fue elaborada como un subconjunto del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) completo; sirve para evaluar el grado de depresión presente en un individuo y su validez y confiabilidad fue puesta a prueba en 2001 por Kroenke, Spitzer y Williams, evidenciando que el cuestionario tiene una sensibilidad de un 88% y una especificidad de un 88%, siendo utilizado y avalado por la corporación Pfizer.

4.1.8. Tratamiento. Al planificar el tratamiento se debe coordinar la remisión de los síntomas a corto plazo con una estrategia que permita el mantenimiento a largo plazo de la mejoría del paciente, con la finalidad de prevenir recaídas. La mejor manera de hacerlo es a través de una terapia farmacológica recordando que en el 50% de las personas con un episodio depresivo experimentan otros síntomas en los siguientes 10 años. El tratamiento dependerá del grado en el que se encuentre la depresión. (Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos, 2017)

4.1.8.1. Tratamiento en depresión leve. Se recomienda que el manejo de la depresión en el adulto se realice siguiendo un modelo de atención escalonada, el cual debe ser integral y abarcar todas las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y farmacológicas que puedan mejorar el bienestar y la capacidad funcional. El manejo de la depresión debe incluir psicoeducación, consejería, intervención psicosocial grupal, apoyo individual y familiar, coordinación con otros profesionales, atención de las comorbilidades y monitorización regular del estado mental y físico; no se deben usar de manera rutinaria fármacos antidepresivos, el manejo más recomendable es:

- Explorar y hablar con el paciente de los eventos estresantes recientes.
- Programar citas de seguimiento hasta cada 15 días por tres meses consecutivos.
- Recomendar ejercicio entre 30 y 45 minutos tres veces por semana durante 10 a 14 semanas.
- Recomendar mantener una rutina cotidiana y hábitos de vida saludables.
- Promover higiene del sueño. (Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos, 2017)

4.1.8.2. Tratamiento en depresión moderada y grave. En los pacientes con depresión grave, se debe iniciar primero el manejo antidepresivo y, cuando se observe respuesta, iniciar la intervención en crisis con apoyo del psicólogo. El manejo más recomendable es una combinación de medicamentos antidepresivos y psicoterapia. Una vez instaurada la terapia

farmacológica en pacientes con depresión moderada se debe revalorar antes de 15 días tras la instauración del tratamiento y antes de ocho días en el caso de depresión grave. Si el paciente es resistente a la terapia farmacológica se recomienda el tratamiento combinado de antidepresivo y terapia cognitivo-conductual. La terapia cognitivo conductual o terapia interpersonal de elección es de 16 a 20 sesiones durante cinco meses. (Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos, 2017)

4.1.8.3. Tratamiento farmacológico. Es importante indicar que los antidepresivos no generan dependencia ni necesidad de tomar más medicación por sentir los mismos efectos con el pasar del tiempo. Antes de iniciar el consumo se debe considerar que la medicación necesita cierto tiempo para tener efecto, normalmente de dos a ocho semanas; de esta manera se puede saber si un fármaco resulta útil o no. Aunque los antidepresivos no generan dependencia, se puede experimentar ciertos síntomas al retirarlos bruscamente; entre ellos: mareo, náuseas, ansiedad y dolores de cabeza de leve intensidad. De manera que el retiro debe ser gradual.

La primera línea de tratamiento farmacológico para los adultos con diagnóstico de depresión puede ser con fluoxetina a una dosis usual de 20 -80 mg vía oral cada día por la mañana, en varias tomar al día; o la sertralina con una dosis inicial de 50 mg vía oral cada día con incrementos de 25 -50 mg/día cada semana por razones necesarias, llegando a una dosis máxima de 200 mg día.

Se considera como segunda línea a los antidepresivos tricíclicos (ATC) como la amitriptilina con una dosis usual de 50 – 150 mg vía oral hora sueño; o mirtazapina (NaSSA). Para los adultos mayores (ancianos) o pacientes con contraindicaciones para el uso de ATC, la primera línea de tratamiento son fluoxetina, sertralina o mirtazapina. Durante la tercera semana de tratamiento si el paciente adulto con diagnóstico de depresión no ha tenido algún tipo de mejoría se debe ajustar la dosis o cambiar de antidepresivo.

La tercera línea de tratamiento incluye a otros ATC como el ácido valproico con una dosis usual de 30-60 mg/kg/día dividida dos veces-tres veces al día, otros inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y a inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina.

La cuarta línea de tratamiento son los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). (Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos, 2017)

4.2. Ansiedad

4.2.1. Concepto. Definida como una sensación subjetiva de inquietud, temor o aprensión, puede indicar un proceso psiquiátrico primario o formar parte de una enfermedad médica primaria, o ser una reacción a ésta. Los trastornos primarios de ansiedad se clasifican de acuerdo con su duración y evolución, y según la existencia y naturaleza de todos los factores desencadenantes.

En valoración del paciente con ansiedad, se debe establecer primero si ésta precede o sigue a la enfermedad médica o si se debe a un efecto secundario de los fármacos. Alrededor de la tercera parte de los pacientes que se presentan con ansiedad tienen una etiología médica de sus síntomas psiquiátricos, pero también puede haber un trastorno de ansiedad con síntomas somáticos en ausencia de una enfermedad médica identificable. (Harrison, 2019)

4.2.2. Etiología.

4.2.3. Fisiopatología. Todos los agentes que generan ansiedad actúan en el complejo del receptor para ácido aminobutírico γ -conducto iónico del cloro, lo que implica a este sistema neurotransmisor en la ansiedad y ataques de angustia. Se piensa que las benzodiazepinas se unen a dos lugares receptores de GABA diferentes: el tipo I, con amplia distribución neuroanatómica, y el tipo II, concentrado en hipocampo, cuerpo estriado y neocorteza. Los efectos antiangustia (ansiolíticos) de las distintas benzodiazepinas reciben influencia de su unión relativa a las subunidades $\alpha 2$ y 3 del receptor GABA, y la sedación y la deficiencia de la memoria, a la subunidad $\alpha 1$. También parece que la serotonina [5-hidroxitriptamina (5-HT)] y los esteroides neuroactivos reducidos 3α (moduladores alostéricos de GABA) participan en la ansiedad, y la buspirona, un agonista parcial del receptor para 5-HT_{1A}, y ciertos antagonistas del receptor 5HT_{2A} y 5HT_{2C} pueden tener efectos beneficiosos. (Harrison, 2019)

4.2.4. Manifestaciones clínicas. Este trastorno se define por la presencia de crisis recurrentes e impredecibles de angustia, que son episodios identificables de miedo y malestar intensos asociados a distintos síntomas físicos, como palpitaciones, sudor, temblor, sensación de ahogo, dolor torácico, mareo y temor a una desgracia inminente o a morir. También son frecuentes parestesias, molestias digestivas y sensaciones irreales. Entre los

criterios diagnósticos se exige un mínimo de un mes de preocupación o interés por los ataques o un cambio en el comportamiento vinculado con ellos. (Harrison, 2019)

4.2.5. Diagnóstico. La capacidad del médico para reconocer los trastornos de ansiedad en los pacientes que acuden a consulta externa ayuda a brindar una atención total e integral del paciente. El diagnóstico se basa en la historia clínica; teniendo una buena anamnesis y examen físico con la finalidad de descartar una etiología médica o neurológica. Luego se debe establecer el grado de la ansiedad por medio de herramientas avaladas en la comunidad científica.

4.2.5.1. Trastorno de Ansiedad General 7 (GAD-7). Es una herramienta desarrollada en el año 2006 por Robert Spitzer, Janet Williams y Kurt Kroenke, con una beca de la corporación Pfizer, posee una sensibilidad de un 89% y una especificidad de un 82% siendo utilizado y avalado actualmente por la corporación Pfizer. Permite categorizar el grado de ansiedad que presenta una persona y consta de 7 ítems los cuáles describen los criterios más importantes para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-IV, considerando la presencia en el paciente de miedo, preocupación por una serie de eventos o actividades, su capacidad de controlar las preocupaciones, y síntomas adicionales como inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión musculares y problemas para dormir.

4.2.6. Tratamiento. La combinación de intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas es la más eficaz, Se suele indicar benzodiazepinas, preferiblemente Lorazepam, oxazepam o alprazolam, los dos primeros se acumulan en caso de afección hepática. Su administración debe iniciarse con la menor dosis posible y según necesidades. Al emplear el tratamiento se debe considerar la dosis en miligramos por kilogramo de peso del paciente, la semivida, liposolubilidad, rutas metabólicas y metabolitos del fármaco. En general las benzodiazepinas no deben prescribirse por más de 4 a 6 semanas, debido a la aparición de tolerancia y el riesgo de abuso y dependencia. Se debe vigilar de cerca al paciente al suspender el fármaco ya que pueden ocurrir recidivas. El uso conjunto con alcohol o de otros fármacos sedantes pueden exacerbar la neurotoxicidad y dificultar la capacidad funcional. Las benzodiazepinas están contraindicadas durante el embarazo y la lactancia.

La buspirona es un ansiolítico no benzodiazepínico. No tiene efecto sedante, no induce tolerancia ni dependencia, no interactúa con el receptor de benzodiazepinas ni con el alcohol, y carece de potencial de desinhibición o abuso. Sin embargo, su efecto sólo aparece después de varias semanas y precisa tres dosis diarias. Es improbable que los pacientes con respuesta

previa a las benzodiazepinas consideren que este fármaco es tan eficaz como aquéllas, pero los que han sufrido traumatismos craneoencefálicos o tienen demencia suelen responder bien a él.

Los anticonvulsivos con propiedades GABAérgicas pueden ser eficaces también contra la ansiedad. Los fármacos como gabapentina, oxcarbazepina, tiagabina, pregabalina y divalproex han producido algún beneficio en diversos síndromes vinculados con la ansiedad cuando se usan para indicaciones no incluidas en la etiqueta. (Harrison, 2019)

4.3. Discapacidad

4.3.1. Concepto. La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (Convención de la Organización de las Naciones Unidas, 2006)

4.3.2. Origen de la discapacidad.

4.3.2.1. Genético. Es aquella transmitida de padres a hijos. (Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador, 2013)

4.3.2.2. Congénito. Se refiere a aquellas con las que nace un individuo y que no dependen de factores hereditarios, sino que se presentan por alteraciones durante la gestación. (Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador, 2013)

4.3.2.3. Adquirido. Son causadas por una gran cantidad de enfermedades producidas después del nacimiento o por accidentes de cualquier índole: tránsito, doméstico, laboral, etc. (Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador, 2013)

4.3.3. Definición legal de la Discapacidad en el Ecuador. La Ley Orgánica de Discapacidades del Ecuador define en 2012 a quienes se otorga el reconocimiento legal de personas con discapacidad en nuestro país.

Artículo 6.- Persona con discapacidad.

“Se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que lo hubiere originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria”

4.3.4. La discapacidad a nivel global. Los datos recopilados por la OMS durante años, indican y respaldan que alrededor del 15% de la población mundial, es decir que más de mil millones de personas, viven con algún tipo de discapacidad y de éstas, el 2 al 4%

tienen dificultades significativas para realizar sus funciones, necesitando dispositivos para la visión, audición o movilidad como las sillas de ruedas. (OMS, 2019)

La OMS así mismo advierte que la discapacidad es mucho más prevalente en mujeres que en hombres; y en personas de avanzada edad más que en jóvenes. También se observan mayores tasas de discapacidad en países de bajos y medianos ingresos, ocasionando que las personas con discapacidad tengan más probabilidad de vivir en la pobreza que las personas sin discapacidad; debido al menor acceso a la educación, oportunidades laborales y servicios de atención en salud, donde con frecuencia no reciben la atención médica que requieren.

4.3.5. La discapacidad en el Ecuador. En el Ecuador en el año 2021 se registra un total de 470 820 personas con discapacidad al mes de septiembre, siendo 206 532 del género femenino, 264 260 del género masculino; y 28 del género LGBTI; existiendo en la provincia de Loja un total de 14 614 personas con discapacidad; y específicamente 6 358 personas en la ciudad de Loja, de las cuáles 2 872 pertenecen al género femenino; y 3 486 al género masculino; de las 6 358 personas con discapacidad registradas en la ciudad de Loja, 2 500 (39.32%) corresponden a discapacidad física, 1 790 (28.15%) a discapacidad intelectual, 857 (13.48%) a discapacidad auditiva, 789 (12.41%) a discapacidad visual y 422 (6.64%) a discapacidad psicosocial (Consejo Nacional para la igualdad de Discapacidades, 2021)

4.3.6. Clasificación de discapacidad en Ecuador.

4.3.6.1. Discapacidad física. Se refiere a las deficiencias corporales y/o viscerales que ocasionan dificultad significativa o imposibilidad para caminar, correr, manipular objetos con las manos, subir o bajar gradas, levantarse, sentarse, mantener el equilibrio, controlar esfínteres, entre otras. Pudiendo ser evidentes, pero también provocar el daño y la limitación en la función de órganos internos, y por lo tanto en muchas ocasiones pueden ser imperceptibles. (Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador, 2013)

4.3.6.2. Discapacidad psicológica. Se refiere a las deficiencias y/o trastornos del comportamiento del razonamiento, de los estados de ánimo, crónicos y permanentes que afectan su capacidad de juicio crítico sobre sí mismo y sobre los demás, entre los que constan personas con trastorno bipolar, trastorno psicótico, esquizofrenia, etc. (Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador, 2013)

4.3.6.3. Discapacidad intelectual. Se refiere a las deficiencias cognitivas que dificultan la comprensión de ideas complejas, así como la capacidad de razonar y anticipar peligros; conlleva dificultad para aprender y ejecutar algunas actividades de la vida cotidiana. (Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador, 2013)

4.3.6.4. Discapacidad sensorial.

4.3.6.4.1. *Discapacidad visual.* Se refiere a personas que presentan ceguera y baja visión. En ambas situaciones se habla de personas con un alto grado de pérdida de visión, que causa dificultad en la movilidad y la orientación. (Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador, 2013)

4.3.6.4.2. *Discapacidad auditiva.* Se refiere a personas que presentan sordera debido a que no han desarrollado el sentido del oído o han perdido la capacidad de escuchar, situación que dificulta la comunicación con su entorno, suele estar acompañado por ausencia de lenguaje, ocasionando el uso de audífonos y la expresión a través de la lengua de señas. (Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador, 2013)

4.3.6.4.3. *Discapacidad del lenguaje.* Se refiere a personas que presentan deficiencia para la expresión verbal que dificulta la comunicación y la interrelación, puede producirse de manera vinculada a la sordera, o ser una secuela de otro tipo de lesiones. (Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador, 2013)

5. Metodología

La investigación se realizó en los adultos con discapacidad que asistieron al área de fisiatría en el Hospital General Isidro Ayora, esta casa de Salud pertenece al Ministerio de Salud Pública y se encuentra ubicada en la avenida Manuel Agustín Aguirre y calle Juan José Samaniego ciudad de Loja.

5.1. Enfoque

Cuantitativo

5.2. Tipo de diseño utilizado

El estudio realizado corresponde a una investigación de campo de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo de cohorte transversal.

5.3. Unidad de estudio

5.3.1. Lugar. Hospital General Isidro Ayora Loja, ubicado en la avenida Manuel Agustín Aguirre y calle Juan José Samaniego

5.3.2. Tiempo. Noviembre del 2021 – marzo del 2022

5.4. Universo

El universo estuvo conformado por 59 adultos con discapacidad que asistieron al área de fisiatría del Hospital General Isidro Ayora, durante el horario completo de atención en un periodo de 3 meses.

5.5. Muestra

Muestra de tipo no probabilística conformada por 57 Adultos con discapacidad que asistieron al área de fisiatría del Hospital General Isidro Ayora, durante el horario completo de atención en un periodo de 3 meses y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

5.6. Criterios de inclusión

- Pacientes que aceptaron participar en el estudio firmando el consentimiento informado.
- Adultos en edad comprendida entre 20 – 64 años.
- Personas con discapacidad que cuenten con carnet del CONADIS.
- Pacientes de ambos sexos.

5.7. Criterios de exclusión

- Personas con discapacidad que han sido diagnosticadas con depresión y ansiedad y no cuenten con el tratamiento

- Personas con discapacidad evidente pero que no cuenten con carnet de discapacidad del MSP.
- Personas con discapacidad intelectual.

5.8. Técnicas

Se aplicó el consentimiento informado, revisión bibliográfica, cuestionario de salud del paciente 9 (PHQ-9), trastorno de ansiedad general 7 (GAD-7), tabulación de los datos y se usó el método inductivo para la elaboración de la conclusión en base a la información recolectada.

5.9. Instrumentos

5.9.1. Consentimiento informado. (Anexo 1). El consentimiento informado es un documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a esta persona a participar del estudio, así como también permite que la información recolectada pueda ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados. Este consentimiento informado contiene los siguientes apartados: Nombre del solicitante del consentimiento informado, nombre del proyecto de investigación en el que participará, objetivos del estudio, y lo que se pretende obtener con la investigación, los respectivos cuestionarios que se le realizó a las personas de este estudio, y lo más relevante, la confidencialidad y correcto manejo de la información, es decir, en el escrito se debe garantizar que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma, riesgos y beneficios de la investigación en la que participará y el derecho a retirarse en cualquier momento de la investigación.

5.9.2. Cuestionario de Salud del Paciente 9 (PHQ-9) (Anexo 2). Es una herramienta validada de 9 preguntas que fue desarrollada en el año 1999 por Robert Spitzer, Janet Williams, Kurt Kroenke y otros colaboradores de la Universidad de Columbia con una beca de la corporación Pfizer, fue elaborada como un subconjunto de 9 preguntas del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) completo, y sirve para evaluar el grado de depresión presente en un individuo. Su validez y confiabilidad fue puesta a prueba en 2001 por Kroenke, Spitzer y Williams, evidenciando que el cuestionario tiene una sensibilidad de un 88% y una especificidad de un 88%, siendo utilizado y avalado por la corporación Pfizer.

Las preguntas del cuestionario se enfocan en el nivel de interés en hacer cosas, sentirse deprimido, tener dificultad para dormir, conocer los niveles de energía, hábitos alimenticios,

autopercepción, capacidad de concentración, velocidad de funcionamiento y presencia de pensamientos suicidas, para ello se toma en consideración la percepción que la persona ha tenido en las últimas 2 semanas. Las respuestas tienen un puntaje numérico: 0, 1, 2, 3; el cual deberá ser encerrado en un círculo acorde a la percepción de la persona encuestada, siendo 0 el nulo sentimiento a tales molestias, hasta una puntuación máxima de 3 donde la percepción de estas molestias es casi todos los días. Finalmente se añade una pregunta extra la cual no se incluye en la puntuación final, pero puede ser usada para evaluar la opinión del paciente sobre el nivel de deterioro causado por su salud mental.

5.9.2.1. Interpretación de los resultados. La suma de las respuestas permite tener una puntuación con un rango de 0 a 27. Donde una puntuación de 0 a 4 denota que no hay depresión o que esta puede ser mínima, en ella no se requiere tratamiento; una puntuación de 5 a 9 denota una leve depresión, el tratamiento será empleado bajo criterio del médico; una puntuación de 10 a 14 denota una moderada depresión; se debe realizar un seguimiento de control y considerar el empleo de terapia farmacológica; una puntuación de 15 a 19 denota una depresión moderadamente grave, en ella se puede emplear tratamiento farmacológico que debe ir en conjunto con el asesoramiento; una puntuación de 20 a 27 evidencia una muy fuerte depresión, se debe emplear terapia farmacológica y derivar a un especialista en salud mental para recibir asesoramiento.

Se debe realizar una evaluación del riesgo de suicidio en pacientes que responden positivamente al ítem 9, sobre “tener pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse de alguna manera”.

5.9.3. Cuestionario de Trastorno de Ansiedad General 7 (GAD-7) (Anexo 3). Es una herramienta validada de 7 preguntas que fue desarrollada en el año 2006 por Robert Spitzer, Janet Williams, Kurt Kroenke, con una beca de la corporación Pfizer. Spitzer declaró que el cuestionario tiene una sensibilidad de un 89% y una especificidad de un 82%, siendo utilizado y avalado por la corporación Pfizer.

Los ítems de GAD-7 describen los criterios diagnósticos más importantes para el trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-IV considerando el criterio A, miedo y preocupación por una serie de eventos o actividades; criterio B, dificultad para controlar las preocupaciones; y criterio C, miedo y preocupación que van acompañados de al menos tres síntomas adicionales como inquietud, fatiga fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas para dormir. Para ello se toma en consideración la percepción que la persona ha tenido en las últimas 2 semanas. Las respuestas tienen un puntaje

numérico: 0, 1, 2, 3; el cual deberá ser encerrado en un círculo acorde a la percepción de la persona encuestada, siendo 0 el nulo sentimiento a tales molestias, hasta una puntuación máxima de 3 donde la percepción de estas molestias es casi todos los días.

5.9.3.1. Interpretación de los resultados. Se puntuación de 5 a 9 denota un leve trastorno de ansiedad generalizada (TAG), se debe monitorizar y dar asesoramiento correcto; una puntuación de 10 a 14 denota un moderado TAG, se debe monitorizar, asesorar y el tratamiento farmacológico deberá estar bajo criterio médico; una puntuación mayor a 15 denota un muy fuerte TAG, se debe emplear terapia farmacológica concomitante a asesoría especializada.

5.9.4. Carné de discapacidad. Documento emitido por el Ministerio de Salud Pública acreditado en personas que, por la presencia de deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, independientemente de la causa que las originó, evidencian dificultades permanentes e irreversibles para realizar las actividades de la vida cotidiana; y, que provocan la restricción en la participación social. Entre los datos que constan en este documento se encuentran los datos de identificación: apellidos, nombres y cédula de identidad; tipo de discapacidad (física, intelectual, visual, auditiva, psicosocial), porcentaje de discapacidad y grado de discapacidad (leve, moderado, grave, muy grave, completo) (MSP, 2018).

5.10. Procedimiento

Luego de la revisión exhaustiva y la elaboración del proyecto de investigación se solicitó su aprobación y pertinencia, luego la designación de un docente tutor, seguidamente se pidió la autorización para la recolección de los datos a la dependencia correspondiente del Hospital General Isidro Ayora, dado este; se aplicó los instrumentos como consentimiento informado, PHQ-9 y GAD-7 a las personas que acudieron al área de fisiatría de dicha institución, se tabuló la información mediante el uso de Excel, se realizó el análisis estadístico, se elaboró de discusión, resultados e informe final.

5.11. Equipo y Materiales

- Consentimiento informado
- Laptop
- Cuestionario PHQ-9
- Cuestionario GAD-7
- Hojas de papel
- Impresora

- Esfero

5.12. Análisis estadístico

Se ingresó la información recolectada por los instrumentos en una matriz de datos en el programa Microsoft Office Excel 2019, luego se realizó la respectiva agrupación por variables y se organizó en subgrupos etarios según la división de Erickson para edades del hombre obteniendo tablas de resultados a las cuáles se ejecutó un análisis descriptivo de cada variable por objetivo específico planteado, posteriormente se elaboró las conclusiones y recomendaciones en base a las mismas.

6.

Resultados

Tabla 1

Distribución de acuerdo a sexo y edad en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja

Grupo de edad	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Adulto joven (20 – 39 años)	7	12,28	11	19,30	18	31,58
Adulto maduro (40 – 64 años)	16	28,07	23	40,35	39	68,42
Total	23	40,35	34	59,65	57	100

f: frecuencia; %: porcentaje

Fuente: Hoja de Recolección de datos/ Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Elaborado por: Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa

Análisis. – 57 personas conformaron la población total en la investigación. 40.35% (n=23) de sexo femenino y 59.65% (n=34) de sexo masculino. El grupo etario de adultos maduros, 68.42% (n=39) prevalece, donde el 28.07% (n=16) son mujeres y el 40.35% (n=23) corresponde a varones. En cuanto a los adultos jóvenes tenemos, 31.58% (n=18), de los cuales 12.28% (n=7) son mujeres, y 19.30% (n=11) son varones.

6.1. Resultado del Primer Objetivo

Identificar los grados de depresión y ansiedad según grupo de edad y sexo en adultos con discapacidad que asisten a fisiatría en el Hospital General Isidro Ayora – Loja.

Tabla 2

Grados de depresión según grupo de edad y sexo en adultos con discapacidad que asisten a fisiatría en el Hospital General Isidro Ayora – Loja

Grados de depresión	Sexo y grupo de edad								Total	
	Masculino				Femenino					
	20-39 años		40-64 años		20-39 años		40-64 años		f	%
	F	%	f	%	f	%	f	%		
Ninguna	4	7,02	12	21,05	3	5,26	2	3,51	21	36,84
Leve	5	8,77	6	10,53	4	7,02	5	8,77	20	35,09
Moderada	2	3,51	2	3,51	0	0	3	5,26	7	12,28
Moderadamente severa	0	0	2	3,51	0	0	4	7,02	6	10,53
Grave	0	0	1	1,75	0	0	2	3,51	3	5,26
Total	11	19,30	23	40,35	7	12,28	16	28,07	57	100,00

f: frecuencia; %: porcentaje

Fuente: Hoja de Recolección de datos/ Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Elaborado por: Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa

Análisis. – Tomando en cuenta la sumatoria de los grados de depresión se obtuvo que un 63.16% (n=36) presenta algún grado de depresión, resaltando; 35.09% (n=20) adultos con grado de depresión leve en ambos sexos, con predominio del 10.53% (n=6) en adultos maduros. En cuanto a depresión moderada, se encontró prevalencia del 5.26% (n=3) en adultas maduras. Respecto a depresión moderadamente severa resalta un 7.02% (n=4) en mujeres adultas maduras. En cuanto a depresión grave destaca la presencia sólo en adultos maduros, con un 5.26% (n=3) en ambos sexos, siendo mayor en mujeres con un 3.51% (n=2). A pesar de predominar la población de sexo masculino en la muestra de la presente investigación, sobresale la existencia de mayor incidencia de depresión moderadamente severa y grave en mujeres adultas maduras.

Tabla 3

Grados de ansiedad según grupo de edad y sexo en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja

Grados de ansiedad	Sexo y grupo de edad								Total	
	Masculino				Femenino					
	20-39 años		40-64 años		20-39 años		40-64 años		f	%
	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Ninguna	4	7,02	11	19,30	4	7,02	3	5,26	22	38,60
Leve	4	7,02	8	14,04	3	5,26	6	10,53	21	36,84
Moderada	3	5,26	2	3,51	0	0	4	7,02	9	15,79
Muy fuerte	0	0	2	3,51	0	0	3	5,26	5	8,77
Total	11	19,30	23	40,35	7	12,28	16	28,07	57	100,00

f: frecuencia; %: porcentaje

Fuente: General Anxiety Disorder-7 (GAD-7)

Elaborado por: Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa

Análisis. – Tomando en cuenta la sumatoria de grados de ansiedad se obtuvo que 61.4% (n=35) presentan algún grado de ansiedad, acentuando un 36.84% (n=21) adultos con grado leve de ansiedad en ambos sexos, predominando 14.04% (n=8) adultos maduros. En cuanto a ansiedad moderada, se encontró 15.79% (n=9) en ambos sexos; prepondera la presencia sólo en adultas maduras 7.02% (n=4). Respecto a muy fuerte ansiedad resalta la presencia sólo en adultos maduros de ambos sexos, siendo mayor la incidencia en adultas maduras 5.26% (n=3). Destaca la existencia de mayor incidencia de ansiedad moderada y muy fuerte en mujeres adultas maduras.

6.2. Resultados del segundo objetivo

Conocer el tipo de discapacidad según grupo de edad y sexo en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja.

Tabla 4

Tipo de discapacidad según grupo de edad y sexo en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja

Tipo de discapacidad	Sexo y grupo de edad								Total	
	Masculino				Femenino					
	20-39 años		40-64 años		20-39 años		40-64 años		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Física	7	12,28	23	40,35	6	10,53	16	28,07	52	91,23
Auditiva	2	3,51	0	0	0	0	0	0	2	3,51
Visual	2	3,51	0	0	1	1,75	0	0	3	5,26
Psicosocial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	11	19,30	23	40,35	7	12,28	16	28,07	57	100,00

f: frecuencia; %: porcentaje

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Calificación de la discapacidad.

Elaborado por: Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa

Análisis. – Con base en la clasificación de discapacidad emitida por el ministerio de salud pública (MSP) del Ecuador, se encontró 91.23% (n=52) personas con discapacidad física en ambos sexos; enfatizando 40.35% (n=23) varones adultos maduros y 28.07% (n=16) mujeres adultas maduras. En cuanto a discapacidad auditiva sólo se evidencia población masculina adulta joven, 3.51% (n=2). Referente a discapacidad visual sobresale la presencia sólo en adultos jóvenes en relación a adultos maduros, con 5.26% (n=3) en ambos sexos, sobresaliendo 3.51% (n=2) varones adultos de 20 a 39. No se encontró ningún tipo de discapacidad psicosocial durante la investigación. Se muestra un predominio de la población adulta madura en comparación con la población adulta joven que asiste a fisioterapia.

6.3. Resultados del tercer objetivo

Establecer la relación entre los grados de depresión y ansiedad con el tipo de discapacidad en los adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja.

Tabla 5

Relación entre grados de depresión y tipo de discapacidad en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja

Grados de depresión	Tipos de discapacidad						Total	
	Física		Visual		Auditiva		f	%
	F	%	f	%	f	%		
Ninguna	19	33,33	1	1,75	1	1,75	21	36,84
Leve	18	31,58	1	1,75	1	1,75	20	35,09
Moderada	6	10,53	1	1,75	0	0	7	12,28
Moderadamente severa	6	10,53	0	0	0	0	6	10,53
Grave	3	5,26	0	0	0	0	3	5,26
Total	52	91,23	3	5,26	2	3,51	57	100,00

f: frecuencia; %: porcentaje

Fuente: Hoja de recolección de datos - Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) y Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Calificación de la discapacidad.

Elaborado por: Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa

Tabla 6

Chi2 entre el grado de depresión y el tipo de discapacidad en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja

Grados de depresión	Tipos de discapacidad			Total
	Física	Visual	Auditiva	
Ninguna	0,00	0,01	0,09	0,10
Leve	0,00	0,00	0,13	0,13
Moderada	0,02	1,07	0,25	1,35
Moderadamente severa	0,05	0,32	0,21	0,58
Grave	0,02	0,16	0,11	0,29
Total	0,10	1,57	0,79	2,46

f: frecuencia; %: porcentaje

Fuente: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) y Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Calificación de la discapacidad.

Elaborado por: Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa

Análisis. – En los tipos de discapacidad y grados de depresión la mayoría corresponde a discapacidad física 33.33% (n=19), los mismos que al evaluar las otras categorías presentan mayor incidencia de depresión; 31.58% (n=18) leve; 10.53% (n=6) moderada; 10.53% (n=6) moderadamente severa y 5.26% (n=3) grave; a diferencia de otras discapacidades con un menor porcentaje de incidencia. Resalta la depresión leve y moderada existente en discapacidad visual: 1.75% (n=1) leve y 1.75% (n=1) moderada; también llama la atención la existencia de depresión grave en discapacidad física 5.26% (n=3).

Con valor “p” menor de 0.05, se puede evidenciar que existe significancia estadística en discapacidad física y depresión leve, moderada y grave; así como en discapacidad visual y depresión leve, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se comprueba que existe relación entre discapacidad y grados de depresión en adultos que asisten a fisioterapia en el Hospital Isidro Ayora Loja. No obstante, también existe un valor “p” menor a 0.05 en discapacidad física, visual y la relación con ningún grado de depresión, por lo tanto, también existe significancia estadística entre discapacidad física, visual y ninguna depresión. De manera que la depresión puede o no presentarse en pacientes con discapacidad física y visual y cuando aparece puede manifestarse con mayor incidencia en grado leve, moderado o grave.

Tabla 7

Relación entre grados de ansiedad y tipo de discapacidad en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja

Grados de ansiedad	Tipos de discapacidad						Total	
	Física		Visual		Auditiva		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Ninguna	21	36,84	1	1,75	0	0	22	38,60
Leve	18	31,58	2	3,51	1	1,75	21	36,84
Moderada	8	14,04	0	0	1	1,75	9	15,79
Muy fuerte	5	8,77	0	0	0	0	5	8,77
Total	52	91,23	3	5,26	2	3,51	57	100,00

f: frecuencia; %: porcentaje

Fuente: Hoja de recolección de datos - General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) y Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Calificación de la discapacidad.

Elaborado por: Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa

Tabla 8

Chi2 entre el grado de ansiedad y el tipo de discapacidad en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja

Grados de ansiedad	Tipos de discapacidad			
	Física	Visual	Auditiva	Total
Ninguna	0,05	0,03	0,78	0,9
Leve	0,07	0,74	0,09	0,90
Moderada	0,01	0,47	1,45	1,92
Muy fuerte	0,04	0,26	0,18	0,48
Total	0,17	1,50	2,50	4,16

f: frecuencia; %: porcentaje

Fuente: General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) y Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Calificación de la discapacidad

Elaborado por: Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa

Análisis. – En los tipos de discapacidad y grados de ansiedad la mayoría corresponde a discapacidad física 36.84% (n=21), los mismos que al evaluar las otras categorías presentan mayor predominio de ansiedad; 31.58% (n=18) leve; 14.04% (n=8) moderada y 8.77% (n=5) muy fuerte; a diferencia de otras discapacidades con un menor porcentaje de incidencia. Resalta la ansiedad: leve 1.75% (n=1) y moderada 1.75% (n=1) existente en discapacidad auditiva donde todos los pacientes manifiestan ansiedad; también llama la atención la existencia de ansiedad leve en discapacidad visual 3.51% (n=2) en comparación con aquellos que no presentan ningún grado de ansiedad.

Con valor “p” menor de 0.05, se puede evidenciar que existe significancia estadística en discapacidad física y ansiedad moderada y muy fuerte; por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se comprueba que existe relación entre discapacidad física y grados de ansiedad moderada y muy fuerte en adultos que asisten a fisioterapia en el Hospital Isidro Ayora Loja. No obstante, también existe un valor “p” menor a 0.05 en discapacidad visual y la relación con ningún grado de ansiedad, por lo tanto, también existe significancia estadística entre discapacidad visual y ningún grado de ansiedad. De manera que la ansiedad no se relaciona con la discapacidad visual.

7. Discusión

Al evaluar la depresión en la población estudiada se encontró que 63.16% tenían algún grado de depresión, siendo mayor el grado leve 19.3% en la población adulta madura de ambos sexos, en los consiguientes grados de depresión moderada 5.26%, moderadamente severa 7.02% y grave 3.51%; se evidencian predominio en la población de mujeres adultas maduras. En el estudio de Valdivieso (2017) realizado en personas con discapacidad en la ciudad de Loja se muestra una prevalencia de depresión 82.37% en ambos sexos de la población estudiada, existiendo predominancia en el sexo femenino 42.07%, en cuanto a rango de edad se presentó en adolescentes 18.14%, 42.07% adulta joven, 15.37% adultos maduros y 6.80% adultos mayores. Resultados que se asemejan en cuánto al sexo femenino, pero difieren en el grupo etario, siendo predominante en la población adulta joven en comparación a la presente investigación donde es mayor en la población adulta madura.

En cuanto a la ansiedad en la población estudiada se obtuvo que 61.4% presentan algún grado de ansiedad, siendo el grado leve el de mayor predominio 24.57% en la población adulta madura de ambos sexos; en los diferentes grados de ansiedad moderada 7.02% y muy fuerte 5.26% resalta la incidencia en la población femenina adulta madura. En el estudio realizado por Chamba denominado “Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con discapacidades físicas de 18 años en adelante, pertenecientes a la asociación de gestión y protección especial para la niñez y adolescencia (AGPENNA)” (2015) se evidencia una prevalencia de ansiedad moderada con un 53.3%, ansiedad severa 36.7% y ansiedad extrema 6.7% en ambos sexos, presentándose con mayor incidencia en hombres que en mujeres; discrepando en el grado de ansiedad prevalente donde predomina la ansiedad moderada, mientras que en la presente investigación lo hace la leve.

La discapacidad con mayor incidencia en la población estudiada fue tipo física 91.23%, destacando la población masculina 40.35% con edad entre 40 a 64 años; datos que se correlacionan a los emitidos por CONADIS 2022 donde la discapacidad física prima con 45.66% sobre los demás tipos de discapacidad; en su mayoría varones adultos maduros 25.86% a nivel Nacional, e igualmente con mayor incidencia discapacidad física en varones adultos maduros en la ciudad de Loja con un 47.38%.

En el estudio realizado por Valdivieso denominado “Depresión en personas con

discapacidad y su relación con la funcionalidad familiar Loja” (2017) presenta una prevalencia de depresión en discapacidad física 47.86%; de manera similar en el estudio resalta la incidencia de depresión leve 31.58%, moderada 10.53%, moderadamente severa 10.53% y grave 5.26% en personas con discapacidad física. Karla Thompson, Ph.D describe en su documento sobre depresión y discapacidad que el riesgo de sufrir depresión es más alto en estas personas debido al estrés y los diferentes retos a los que deben enfrentarse donde los síntomas de la depresión se manifiestan de 2 a 10 veces más en estas personas (Revista electrónica de portales médicos, 2016). El predominio en discapacidad física puede relacionarse al elevado número de personas que conforman dicho grupo sobre las demás discapacidades a nivel global.

Al relacionar los grados de ansiedad con el tipo de discapacidad se encontró un fuerte dominio en el tipo físico 54.39%; en el cual sobresale el grado de ansiedad moderado 14.04%; y muy fuerte 8.77%. El estudio sobre ansiedad y discapacidad realizado por Chamba (2015) reveló que pacientes con discapacidades físicas presentan ansiedad moderada con un 53%, seguido de ansiedad severa 37%, ansiedad extrema 7% y ansiedad mínima o ausencia de ansiedad 3%; de manera que los resultados obtenidos se asemejan debido a la prevalencia de ansiedad moderada encontrada en ambas investigaciones.

Tomando en cuenta las variables anteriormente expuestas, se estableció que el presente estudio tiene una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre discapacidad física y depresión leve, moderada y grave en su mayoría, donde predomina la depresión leve 31.58%, de la misma manera hay relación estadísticamente significativa en discapacidad visual, donde prima la depresión leve 1.75%. Estos resultados se asemejan a los obtenidos por Valdivieso (2017) estudio en el que hay mayor incidencia de depresión en la discapacidad física 47.86%; en grado leve 31.58%.

Respecto a la relación entre discapacidad física y ansiedad moderada y muy fuerte; se evidencia que es estadísticamente significativa ($p < 0.05$), remarcando la ansiedad moderada 14.04%; también se observa que personas con discapacidad visual y la nula presencia de ansiedad 1.75%, también tienen una relación significativa en esta investigación.

8. Conclusiones

Se determina presencia de depresión en adultos con discapacidad, donde el sexo masculino en edad comprendida entre 40 a 64 años muestra más tendencia a depresión leve, razón probable a que componen la mayor cantidad de personas con discapacidad a nivel nacional y local. También es importante destacar que la población femenina de la misma edad pese a ser en una población menor, muestra los grados más severos de depresión pudiendo influir factores fisiológicos como la menopausia; personales como enfermedades crónicas diagnosticadas, pérdida de seres queridos, etc.

Se determina presencia de ansiedad en adultos con discapacidad, de predominio en sexo masculino con predisposición de ansiedad leve en edad entre 40 a 64 años pudiendo deberse a pensamientos sobre el futuro de su discapacidad, como enfrentarán su vejez y los retos que esta conlleva. Resalta los grados más fuertes de ansiedad en la población femenina de la misma edad.

Se concluye que la discapacidad que predomina es la de tipo física siendo mucho mayor en la población masculina con edad entre 40 a 64 años, esto está en relación a los datos estadísticos existentes en el país, donde hay una elevada incidencia de discapacidad física en varones.

Se comprueba que existe relación directa entre discapacidad física y depresión leve, moderada y grave; además la discapacidad visual también se relaciona con depresión leve. Sin embargo, existe relación significativa entre discapacidad física, visual y ninguna depresión. Es decir que la depresión puede o no presentarse en personas con discapacidad física y visual, y cuando esta se evidencia puede ser de tipo leve, moderado o grave. Lo que refuerza la necesidad de atender de manera temprana, cualquier factor que predisponga al desarrollo de una depresión grave, evitando complicaciones psicológicas que influyan de manera negativa en el estilo de vida de estas personas.

Se identifica que existe relación estadísticamente significativa entre discapacidad física y grados de ansiedad moderada y fuerte, es decir que la discapacidad física puede predisponer a padecer cuadros graves de ansiedad.

9. Recomendaciones

Al Ministerio de Salud Pública se sugiere estudiar la salud mental de las personas con discapacidad, para conocer el estado actual en el que se encuentran y poder implementar medidas que prevengan trastornos que dificulten su estilo de vida y su desarrollo en la sociedad.

Al personal médico del Hospital General Isidro Ayora que labora en esta institución se recomienda tomar en consideración la predisposición existente que pueden tener las personas con discapacidad a padecer depresión y ansiedad de modo que realicen un diagnóstico temprano de dichos trastornos, que pueda prevenir las complicaciones que se presentan con estas enfermedades, como autolesiones o intentos autolíticos; así como un desarrollo precario en la sociedad y con su entorno; de modo que el enfoque preventivo mejore su calidad de vida e incorporación a la sociedad.

A los pacientes se les recomienda buscar ayuda temprana cuando noten síntomas depresivos o de ansiedad, tal que, se pueda tratar de manera oportuna dichos trastornos mentales y no lleguen a afectar su estilo de vida.

10. Bibliografía

- Larry, J. (2019). *Harrison: Principios de medicina interna. Vol. 1, 2* (20.^a ed.). McGraw-Hill.
- Autores, V. (2018). *Dsm-5: Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales* (5.^a ed.). Editorial Medica Panamericana S.A. de C.V.
- Pan, K. (2021, 8 febrero). *The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts*. PubMed. Recuperado 10 de octubre de 2021, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33306975/>
- Cosci, F. (2020, 27 julio). *Relapse prevention in recurrent major depressive disorder. A comparison of different treatment options based on clinical experience and a critical review of the literature*. PubMed. Recuperado 10 de octubre de 2021, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32716222/>
- Fusco, S. D. F. B. (2020, 11 diciembre). *Anxiety, sleep quality, and binge eating in overweight or obese adults*. PubMed. Recuperado 6 de mayo de 2021, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33331507/>
- Forcadell, E. (2019, 29 enero). *Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad | Hospital. Clínic Barcelona*. Recuperado 10 de octubre de 2021, de <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad/diagnostico>
- Ministerio de Salud Pública. *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica (GPC)*. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2017. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
- Guarch, J. (2018, 3 abril). *El Trastorno Depresivo o depresión | PortalCLÍNICA*. Clínic Barcelona. Recuperado 10 de octubre de 2021, de <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastorno-depresivo>
- Consejo Nacional Para La Igualdad De Discapacidades - CONADIS. (2021, 30 septiembre). *Estadísticas de Discapacidad – Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades*. Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades - CONADIS. Recuperado 10 de octubre de 2021, de <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- Hall-Flavin, D. (2018, 20 noviembre). *Trastornos de ansiedad - Diagnóstico y tratamiento*

- *Mayo Clinic*. Mayo Clinic. Recuperado 10 de octubre de 2021, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/diagnosis-treatment/drc-20350967>
- Hall-Flavin, D. (2021, 29 julio). *Depresión (trastorno depresivo mayor) - Síntomas y causas* - Mayo Clinic. Mayo Clinic. Recuperado 10 de octubre de 2021, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
- Pan American Health Organization. (2015). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10, Edición 2015, Vol 1, 2 y 3 (Spanish Edition)* (2015 ed.). Pan American Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *ICD-10 code F01-F99 | Mental, Behavioral and Neurodevelopmental disorders*. ICDcode. Recuperado 10 de octubre de 2021, de <https://icdcode.info/icd-10/code-f01-f99.html>
- Disability*. (2020, 27 enero). WHO. Recuperado 10-10-10, de https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1
- El paciente con depresión en urgencias*. (2020, 14 febrero). Medscape. Recuperado 10 de mayo de 2021, de <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5904916>
- Manejo de depresión y suicidio en urgencias, sin olvidar la salud mental de los sanitarios*. (2021, 21 septiembre). Medscape. Recuperado 10 de octubre de 2021, de <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5907734>
- El paciente con ansiedad y trastornos de pánico en urgencias*. (2020, 30 enero). Medscape. Recuperado 10 de octubre de 2021, de <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5904914>
- Depression*. (2019, 29 noviembre). WHO. Recuperado 10 de octubre de 2021, de https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1
- Los factores definitorios de los grandes grupos de edad de la población: tipos, subgrupos y umbrales*. (2005, 1 junio). Revista electrónica de geografía y ciencias sociales. Recuperado 27 de junio de 2023. Recuperado de <https://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-190.htm>

11. Anexos

11.1. Anexo 1. Pertinencia del proyecto de tesis



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0899 DCM-FSH-UNL

PARA: Sr. Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 17 de Noviembre de 2021

ASUNTO: APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL PROYECTO DE TESIS

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: **“Depresión y ansiedad en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora - Loja”**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrito por la Dra. Angélica Gordillo, de fecha 18 de Noviembre de 2021, Docente de la Carrera de Medicina, una vez revisado y corregido se considera aprobado y pertinente, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



Documento emitido por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
TVCP/NOT

11.2. Anexo 2. Designación de director



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0915 DCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Angélica Gordillo
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 25 de Noviembre de 2021

ASUNTO: **Designar Director de Tesis**

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado/a como Director/a de tesis del tema: **"Depresión y ansiedad en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora - Loja"**, autoría del **Sr. Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Formado digitalmente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
TVCP/NOT

11.3. Anexo 3. Autorización de recolección de los datos



República
del Ecuador

Ministerio de Salud Pública
Hospital General Isidro Ayora
Proceso de Docencia e Investigación

Oficio 040 PDI-HIAL-MSP

Loja, 9 de Diciembre del 2021

Sr. Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa.
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
DE LOJA.**
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente me permito informar a usted que luego de revisar su Proyecto de Investigación titulado "Depresión y ansiedad en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora - Loja", lo encuentro PERTINENTE Y FACTIBLE de realizar, por lo que autorizo el desarrollo de la misma en esta Casa de Salud, para lo cual se comunicará al Servicio de Rehabilitación y Terapia Física para que se le preste las facilidades del caso para su realización.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente:

Dr. Marco Medina Sarmiento.
RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HIAL.

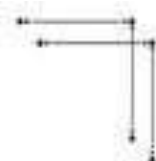


11.4. Anexo 4. Certificación de inglés



unl

Universidad
Nacional
de Loja



Loja, 28 de junio de 2023

Lic. Marlon Armijos Ramírez Mgs.
**DOCENTE DE PEDAGOGIA DE LOS IDIOMAS
NACIONALES Y EXTRANJEROS – UNL**

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen del Trabajo de Titulación: **Depresión y ansiedad en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora - Loja**, autoría de Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa con CI: 1725114225 de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la parte interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Atentamente,



MARLON ARMIJOS RAMÍREZ
1031-12-1131340
1031-2017-1905329

MARLON ARMIJOS RAMÍREZ
DOCENTE DE LA CARRERA PINE-UNL

1031-12-1131340
1031-2017-1905329

Escalamos para Transformar



11.5. Anexo 5. Consentimiento Informado



Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Titulación de Medicina Humana

Consentimiento informado organización mundial de la salud (OMS)

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a los usuarios con discapacidad que asisten a fisiatría en el Hospital Isidro Ayora, periodo noviembre 2021 – marzo 2022, a quienes se invita a participar en el presente estudio denominado “Depresión y ansiedad en adultos con discapacidad que asisten a fisiatría en el Hospital General Isidro Ayora – Loja”

Tesista: Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa

Directora de tesis: Dra. Angélica Gordillo

Introducción

Yo, **Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa**, portador de la C.I. 1725114225, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, estoy realizando un estudio para analizar la depresión mediante la aplicación del Cuestionario de Salud del Paciente – 9 (PHQ-9) y la presencia de ansiedad con ayuda del cuestionario de Trastorno de Ansiedad General – 7 (GAD-7), en adultos con discapacidad que asisten a fisiatría en el Hospital General Isidro Ayora – Loja. A continuación, pongo a su disposición la información y le invito a participar de este estudio, ante cualquier duda estoy a su disposición.

Propósito

La depresión y la ansiedad son trastornos mentales frecuentes a nivel global, que causan gran sufrimiento y afección en actividades académicas, laborales y personales.

Por medio de estos dos instrumentos se puede conocer si una persona está atravesando una depresión, ansiedad y el grado en que esta se encuentra, esto nos ayudará para concientizar a nuestra población sobre la salud mental.

Tipo de intervención de la investigación

Esta investigación incluye los datos personales del paciente con la aplicación del Cuestionario de Salud del Paciente – 9 (PHQ-9) y del cuestionario de Trastorno de Ansiedad General – 7 (GAD-7).

Selección de participantes

Los participantes son los adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora.

Participación voluntaria

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Puede tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio.

En caso de que usted acceda a participar en este estudio, se le pedirá completar los siguientes cuestionarios anexos, los cuales tomarán 30 minutos aproximadamente.

Información sobre el cuestionario

Mediante el Cuestionario de Salud del Paciente – 9 (PHQ-9) se intenta obtener información acerca de la presencia de depresión y el grado en que esta puede encontrarse, consta de 9 ítems los cuales deben ser respondidos considerando las últimas 2 semanas y van enfocados a conocer con qué frecuencia le ha molestado ciertos problemas. Además, se ofrecen cuatro opciones de respuesta a cada uno de estos 9 ítems:

Nunca, varios días, más de la mitad de los días y casi cada día.

El cuestionario de Trastorno de Ansiedad General – 7 (GAD-7), mide el grado de ansiedad de un individuo, está constituido por 7 ítems los cuales deben ser respondidos considerando los últimos 14 días y van enfocados a conocer con qué frecuencia le ha

molestado ciertos problemas. Además, se ofrecen cuatro opciones de respuesta a cada uno de estos 7 ítems.

Nunca, varios días, más de la mitad de los días y casi cada día.

Procedimiento y protocolo

Para la recolección de la información se aplicará el Cuestionario de Salud del Paciente – 9 (PHQ-9) y el cuestionario de Trastorno de Ansiedad General – 7 (GAD-7), mismos que tendrán una duración de aproximadamente 30 minutos por cada persona.

Duración

Esta actividad tiene una duración de aproximadamente 30 minutos por cada persona y se desarrollará de manera presencial en el área de fisiatría del Hospital General Isidro Ayora – Loja.

Riesgos y Beneficios

Para los participantes, este estudio no presenta ningún riesgo en términos de su integridad ética y moral. Los beneficios que se pueden adquirir tras la realización de los test de Hamilton para depresión y ansiedad; Cuestionario de Salud del Paciente 9 (PHQ-9) y Trastorno de Ansiedad General 7 (GAD-7), son la interpretación de sus resultados y su guía sobre que conducta deberá seguir y tomar para mejorar su calidad de vida.

Almacenamiento de los datos para la confidencialidad del proyecto:

Sólo el investigador y su asesor de tesis tendrán acceso a esta información. En ningún caso se identificarán personas individuales.

Derecho a negarse o retirarse

Si ha leído el presente documento y ha decidido participar en el presente estudio, entiéndase que su participación es voluntaria y que usted tiene derecho de abstenerse o retirarse del estudio en cualquier momento del mismo sin ningún tipo de penalidad. Tiene del mismo modo derecho a no contestar alguna pregunta en particular si así lo considera.

A quién contactar

Ante cualquier inquietud por favor comunicarse al siguiente con Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa, cédula de identidad 1725114225, correo electrónico jonathan.a.vega@unl.edu.ec o al número de celular 0998560361.

He leído o me ha sido leída la información proporcionada.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del participante: _____

Firma del Participante: _____

Cédula del participante: _____

Fecha: _____ día/mes/año

11.6. Anexo 6. Instrumento. Cuestionario PHQ-9



Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Titulación de Medicina Humana

Cuestionario de Salud del Paciente – 9 (PHQ-9)

Objetivo: Identificar los grados de depresión según grupo de edad y sexo en adultos con discapacidad que asisten a fisiatría en el Hospital General Isidro Ayora- Loja

El cuestionario de Salud del Paciente – 9 (PHQ-9) es una herramienta validada de 9 preguntas para evaluar el grado de depresión presente en un individuo; donde la última pregunta no se califica, pero es útil para evaluar el impacto de los síntomas. Fue desarrollado inicialmente los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y sus colaboradores de la Universidad de Columbia en 1999 como un subconjunto de 9 preguntas del PHQ completo con una subvención de la corporación farmacéutica Pfizer. Este cuestionario demora menos de 3 minutos y mide la presencia y gravedad de la depresión.

Datos informativos

Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad: _____ años.

Tipo de discapacidad: Física _____ Intelectual _____ Visual _____ Auditiva _____

Psicosocial _____

Grado: _____

Para indicar su respuesta debe rodee el número con un círculo.

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> ¿Con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?		Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1.	Poco interés o alegría por hacer cosas	0	1	2	3
2.	Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3

3.	Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado	0	1	2	3
4.	Sensación de cansancio o de tener poca energía	0	1	2	3
5.	Poco apetito o comer demasiado	0	1	2	3
6.	Sentirse mal consigo mismo/a; sentir que es un/a fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a	0	1	2	3
7.	Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8.	Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual	0	1	2	3
9.	Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo	0	1	2	3

+ + +
 = **Total Score:** _____

Si ha marcado alguno de los problemas de este cuestionario, ¿hasta qué punto de estos problemas le han creado dificultades para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?			
Ninguna dificultad	Algunas dificultades	Muchas dificultades	Muchísimas dificultades

Desarrollado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y sus colaboradores, con una beca otorgada por Pfizer Inc.1999.

¡Gracias por su colaboración!

11.7. Anexo 7. Instrumento. GAD-7



Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Titulación de Medicina Humana

Cuestionario de Trastorno de Ansiedad General - 7 (GAD-7)

Objetivo: Identificar los grados de ansiedad según grupo de edad y sexo en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora- Loja

El cuestionario de Trastorno de Ansiedad General – 7 (GAD-7) es una herramienta validada de 7 preguntas para evaluar el grado de ansiedad presente en un individuo. Fue desarrollado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y sus colaboradores en 2006 con una subvención de la corporación farmacéutica Pfizer. Este cuestionario demora menos de 3 minutos y mide la presencia y gravedad de la ansiedad.

Datos informativos

Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad: _____ años

Tipo de discapacidad: Física _____ Intelectual _____ Visual _____ Auditiva _____
Psicosocial _____

Grado: _____

Para indicar su respuesta debe rodee el número con un círculo.

En los últimos 14 días, ¿con qué frecuencia le han supuesto una molestia los siguientes problemas?		Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1.	Sentirse nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a	0	1	2	3

2.	Ser incapaz de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación	0	1	2	3
3.	Preocuparse demasiado por diferentes cuestiones	0	1	2	3
4.	Tener problemas para relajarse	0	1	2	3
5.	Estar tan inquieto/a que le resulta difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6.	Enfadarse o irritarse con facilidad	0	1	2	3
7.	Sentir miedo de que algo terrible pueda ocurrir	0	1	2	3

(Puntuación total _____ = _____ + _____ + _____ + _____)

Desarrollado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y sus colaboradores, con una beca otorgada por Pfizer Inc.2006.

¡Gracias por su colaboración!

11.8. Anexo 8. Matriz de datos

Código	Sexo	Edad	Tipo de discapacidad	PHQ-9	GAD-7
1	M	57	FISICA	Leve Depresión	Ninguna
2	M	64	FISICA	Leve Depresión	Ninguna
3	F	47	FISICA	Moderadamente Severa Depresión	Muy fuerte ansiedad
4	F	34	FISICA	Ninguna	Ninguna
5	F	55	FISICA	Moderadamente Severa Depresión	Muy fuerte ansiedad
6	M	64	FISICA	Ninguna	Ninguna
7	M	50	FISICA	Moderadamente Severa Depresión	Moderada ansiedad
8	F	47	FISICA	Moderada Depresión	Leve ansiedad
9	F	48	FISICA	Depresión Grave	Moderada ansiedad
10	M	34	FISICA	Leve Depresión	Moderada ansiedad
11	M	20	VISUAL	Ninguna	Ninguna
12	M	20	FISICA	Ninguna	Ninguna
13	M	37	AUDITIVA	Leve Depresión	Moderada ansiedad
14	F	44	FISICA	Moderadamente Severa Depresión	Leve ansiedad
15	F	54	FISICA	Ninguna	Ninguna
16	M	26	FISICA	Moderada Depresión	Moderada ansiedad
17	F	29	FISICA	Leve Depresión	Ninguna
18	M	57	FISICA	Ninguna	Ninguna
19	F	58	FISICA	Leve Depresión	Moderada ansiedad
20	M	58	FISICA	Ninguna	Leve ansiedad
21	F	24	FISICA	Leve Depresión	Leve ansiedad
22	M	56	FISICA	Leve Depresión	Leve ansiedad
23	F	63	FISICA	Leve Depresión	Leve ansiedad
24	M	39	AUDITIVA	Ninguna	Leve ansiedad
25	M	39	FISICA	Ninguna	Leve ansiedad
26	M	57	FISICA	Ninguna	Ninguna

27	M	34	FISICA	Leve Depresión	Ninguna
28	M	57	FISICA	Ninguna	Ninguna
29	F	53	FISICA	Depresión Grave	Muy fuerte ansiedad
30	F	45	FISICA	Moderada Depresión	Leve ansiedad
31	M	38	FISICA	Leve Depresión	Leve ansiedad
32	M	45	FISICA	Moderada Depresión	Leve ansiedad
33	M	63	FISICA	Depresión Grave	Muy fuerte ansiedad
34	F	54	FISICA	Leve Depresión	Leve ansiedad
35	F	22	FISICA	Ninguna	Ninguna
36	M	56	FISICA	Moderada Depresión	Leve ansiedad
37	M	64	FISICA	Leve Depresión	Leve ansiedad
38	F	36	FISICA	Leve Depresión	Leve ansiedad
39	F	64	FISICA	Leve Depresión	Ninguna
40	M	56	FISICA	Ninguna	Leve ansiedad
41	M	44	FISICA	Ninguna	Ninguna
42	M	57	FISICA	Leve Depresión	Ninguna
43	M	29	VISUAL	Moderada Depresión	Leve ansiedad
44	F	48	FISICA	Moderada Depresión	Moderada ansiedad
45	F	47	FISICA	Ninguna	Ninguna
46	M	48	FISICA	Ninguna	Ninguna
47	M	64	FISICA	Ninguna	Ninguna
48	F	36	FISICA	Ninguna	Ninguna
49	M	64	FISICA	Leve Depresión	Leve ansiedad
50	F	46	FISICA	Ninguna	Leve ansiedad
51	M	51	FISICA	Moderadamente Severa Depresión	Moderada ansiedad
52	M	58	FISICA	Ninguna	Ninguna
53	M	49	FISICA	Ninguna	Leve ansiedad
54	M	21	FISICA	Leve Depresión	Ninguna

55	M	48	FISICA	Moderadamente Severa Depresión	Muy fuerte ansiedad
56	F	42	FISICA	Leve Depresión	Moderada ansiedad
57	F	27	VISUAL	Leve Depresión	Leve ansiedad

11.9. Anexo 9. Tablas de Chi 2

Tabla 9

Chi 2 calculado, chi 2 tabla, grado de libertad, valor de p entre grados de depresión y tipo de discapacidad en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja

		Tipo de discapacidad
Grados de depresión	Chi 2 calculado:	2,455
	Chi 2 tabla	15,5073
	Grados de libertad	8
	Significación (p)	0,9638

Tabla 10

Chi 2 calculado, chi 2 tabla, grado de libertad, valor de p entre grados de ansiedad y tipo de discapacidad en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora – Loja

		Tipo de discapacidad
Grados de ansiedad	Chi 2 calculado:	4,167
	Chi 2 tabla	12,5916
	Grados de libertad	6
	Significación (p)	0,6541

11.10. Anexo 10. Certificado de tribunal



CERTIFICADO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 28 de junio de 2023

En calidad de tribunal calificador del trabajo de titulación denominado “**Depresión y ansiedad en adultos con discapacidad que asisten a fisioterapia en el Hospital General Isidro Ayora - Loja**”, de la autoría del Sr. Jonathan Alexander Vega Yanchaluisa portador de la cédula de identificación Nro. 1725114225 previo a la obtención del título de Médico General, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.

APROBADO



Dra. Ana Catalina Puertas Azanza.
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL DE GRADO.



Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

SARA FELICITA VIDAL RODRIGUEZ Firmado digitalmente por SARA FELICITA VIDAL RODRIGUEZ
Fecha: 2023.06.28 14:29:19 -0500

Dra. Sara Felicitita Vidal Rodriguez.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO