

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas

Hablemos ClaraMENTE: Ni loca, Ni Fracasado
Campaña de sensibilización de la Salud Mental
Proyecto Integrador

Katherine Andrea Chávez Villarino

Jessica Andrea Aguirre Tinajero

Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título
de Licenciada en Comunicación Organizacional y Relaciones Públicas

Quito, 21 de diciembre de 2015

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO COMUNICACIÓN Y ARTES CONTEMPORANEAS

HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Hablemos ClaraMENTE: Ni loca, Ni Fracasado
Campaña de sensibilización de la Salud Mental

Katherine Andrea Chávez Villarino, Jessica Andrea Aguirre
Tinajero

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Gabriela Falconí, M.A.

Firma del profesor

Quito, 21 de diciembre de 2015

DERECHOS DE AUTOR

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

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

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Katherine Andrea Chávez Villarino

Código: 00100306

Cédula de Identidad: 1716764624

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Jessica Andrea Aguirre Tinajero

Código: 00107045

Cédula de Identidad: 0104429212

Lugar y fecha: Quito, 21 de diciembre de 2015

DEDICATORIA

A todas las personas que han sufrido esta enfermedad y han pasado momentos difíciles por la falta de conocimiento de la sociedad, por los prejuicios que han tenido que sufrir, y la falta de ayuda que han tenido que sobrepasar.

AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias por ser las personas que nos han ayudado a crecer, nos han enseñado a ser quienes somos y nos han brindado la oportunidad de cambiar realidades sociales por su apoyo y fe en nosotras.

A nuestros amigos y allegados por confiar y apoyar nuestra causa.

A todas las personas que sufren de una enfermedad mental, ya que gracias a ellos tuvimos la inspiración y la fuerza de lograr cumplir nuestras metas

A la fundación Teléfono Amigo, por hacer un trabajo inmedible, siendo el oído que necesita el Ecuador para sobrellevar cualquier problema.

A nuestros profesores por transmitirnos sus conocimientos y saber guiarnos hasta poder cumplir nuestras metas

Y a las personas que nos apoyaron durante esta campaña, por su dedicación y empuje.

RESUMEN

En Ecuador la Salud Mental no ha sido considerada con la importancia que debería. En un país donde la tasa de suicidios es más alta que la de homicidios, las políticas de salud pública deberían prestarle especial atención a trastornos de humor afectivos. Está considerada como un grave problema mundial por sus altos índices de recurrencia y fuertes impactos que esta tiene en las personas. A pesar de que existen proyectos de salud mental en el país, el Ecuador está poco evolucionado en el tema, teniendo como consecuencias la falta de conocimiento de la enfermedad en la sociedad, la falta de comprensión y atención a estas personas, escasos de profesionales que puedan abarcar con tanto mercado, la persistencia de prejuicios que se han creado por varios factores sociales, falta de información preventiva y pérdida de afecto humano que se ha observado durante años. Viendo esta problemática se creó campaña social llamada “Depresión: Ni Locura ni Fracaso”.

Palabras clave: Salud mental, información preventiva, falta de comprensión, depresión, prejuicios, bienestar, locura, fracaso.

ABSTRACT

Mental Health in Ecuador has not been considered with the importance it deserves. In a country where the suicide rate is higher than the homicide, public health policies should pay special attention to this disorders, including depression. It is considered a serious global problem by high recurrence rates and the strong impact that this has on people. Although there are mental health projects in the country, Ecuador is undeveloped in the subject, having as consequences: lack of knowledge of the disease in society, lack of understanding and attention to these people, shortage of medical professionals, the persistence of stereotypes that have been created by various social factors, lack of preventive and loss information to human affection that observed for years. Seen the social problem that depression is, we created the social campaign called "Depression: Neither Failure, Nor Madness".

Keywords: Mental health, prevention, lack of understanding, depression, prejudice, welfare, madnesm failure.

TABLA DE CONTENIDO

1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION	11
1.1 Introducción	11
1.2 Definición de Trastornos Mentales	11
1.3 Factores de los Trastornos Mentales	12
1.4 Clasificación de los Trastornos Mentales	15
1.5 Concepciones Erróneas de los Trastornos Metales	16
1.6 Estudios sobre Trastornos Metales	17
1.7 La Depresión	22
1.8 Historia	23
2. MARCO TEÓRICO INTERNACIONAL	25
3.1. Introducción	46
3.2. Datos y Estadísticas	47
3.3. La Salud mental en Ecuador comparado a otros países	50
3.4. La depresión en Ecuador.....	53
3.5. Perspectiva Social Contemporánea	60
3.6. Medios de prevención y ayuda para la depresión.....	62
3.7. Fundaciones.....	66
3.8. Plan de Salud Mental por el Ministerio de Salud.....	71
3.9. Resultados de Encuestas	74
3.10. Testimonios.....	80
4. CAMPAÑA MERCADEO SOCIAL	89
4.1. Tema.....	89
4.2. Justificación	89
4.3. Nombre de la campaña	89
4.4. Logo global y específico	90
4.5. Público Objetivo.....	90
4.6. Objetivo General.....	91
4.7. Objetivos Esperados.....	91
4.8. Aliados estratégicos.....	92
4.9. Ejecución de la campaña	94
4.10. Presupuesto	103
5. CONCLUSIONES	110

6. RECOMENDACIONES	115
7. REFERENCIAS.....	117

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Presupuesto	103
Tabla 2: Gestión de medios de comunicación	107

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Egresos hospitalarios.....	49
Gráfico 2: Egresos por edades y por género.....	50
Gráfico 3: Casos y tasas de depresión.....	58
Gráfico 4: Inhibidores selectivos de recaptación de las serotonina	72
Gráfico 5: ¿Qué pensarías si conocieras a una mujer con depresión?	78
Gráfico 6: ¿Qué pensarías si conocieras a un hombre con depresión?	78
Gráfico 7: “Es común que los hombres piensen que si la mujer tiene depresión es loca”	79
Gráfico 8: “Es común que la sociedad piense que si un hombre tiene depresión.....	79
Gráfico 9: Logo global y específico	90
Gráfico 10: Galletas de la feria.....	95
Gráfico 11: Charla informativa.....	96
Gráfico 12: Conversatorio.....	97
Gráfico 13: Naipes vendidos	98
Gráfico 14: “Monstruo de la depresión”.....	99
Gráfico 15: Afiche del Evento “AtísticaMENTE”	100
Gráfico 16: Actividad BTL.....	100
Gráfico 17: Instagram	107

1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

1.1 Introducción

“No puede existir salud sin salud mental” (Banki Moon 2010)

Según la Organización Mundial de la Salud, una entidad de la ONU y la máxima autoridad en asuntos sanitarios mundiales, la salud mental es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2015). Por ende se trata que un trastorno mental, es una perturbación psicológica de diagnóstico clínico producido por una alteración cognitiva y afectiva que impide que el sujeto se desempeñe normalmente en actividades cotidianas o que se ajuste al entorno (OMS 2006).

1.2 Definición de Trastornos Mentales

El DSM (por sus siglas en inglés) es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales que es un sistema estándar creado por American Psychiatric Association (APA) la más grande organización científica de psicólogos en Estados Unidos. Sus miembros son científicos, educadores, consultores y profesionales clínicos. El DSM afirma que un trastorno mental es un síndrome de diagnóstico clínico, lo que quiere decir que sus síntomas conductuales o psicológicos son tan relevantes que crea una discapacidad social, personal o laboral en un individuo.

Los trastornos, se diferencian de otro tipo de estados de ánimo, en que las actividades de una persona se ven afectadas a diario y hace que sea difícil tener un desempeño adecuado. Puede variar desde la ansiedad hasta desordenes en los estado de ánimo que afectan las emociones y motivación en un individuo, hasta desordenes psiquiátricos como la esquizofrenia que causa alucinaciones (Ravenscraft 2015).

La prevención, el tratamiento y sobre todo el entendimiento de los trastornos mentales tuvieron un giro en el 2001, cuando la Organización Mundial de la Salud, consideró dentro de su Informe sobre la Salud del Mundo que los Trastornos Mentales son un problema universal que afecta a países en desarrollo como desarrollados. Según la OMS (2001) los trastornos mentales o neurológicos afectan a 1 de cada 4 personas, en otras palabras, 25% de la población mundial desarrolla algún tipo de trastorno en una etapa de su vida. La detección de estos trastornos, hoy en día, es tan fácil de diagnosticar como cualquier enfermedad en el organismo.

1.3 Factores de los Trastornos Mentales

Los trastornos mentales pueden ser causados por factores biológicos, ambientales (sociales) o psicológicos. Los factores biológicos pueden ser genéticos o neurológicos. Las distintas versiones de cuatro genes en el ADN pueden aumentar las probabilidades de sufrir trastornos mentales como depresión, autismo, déficit de atención por hiperactividad, trastorno bipolar y esquizofrenia. Sin embargo, la ciencia está trabajando

para determinar a profundidad la relación genética con estas enfermedades. Los genes determinan las formaciones celulares y cuando se alteran se producen las mutaciones. Los trastornos mentales no son causados por mutaciones, pero la presencia de ciertos genes aumenta la susceptibilidad a enfermedades mentales. Los factores ambientales influyen en el desarrollo de una enfermedad mental y más aún si es que la persona es ya susceptible por la condición genética. Una persona que vive en una gran ciudad tiene 2,37 más posibilidades de verse afectada por un trastorno mental. El modelo "Genes X Ambiente" explica la relación entre el ambiente y la genética para el desarrollo de enfermedades. Es decir, para que el gen que causa un trastorno se active debe existir un desencadenante o factor ambiental (Clarín 2013). Según la OMS:

A principios del siglo 450 millones de personas sufrían de algún tipo de trastorno mental. Los servicios de salud atienden principalmente problemas de ansiedad, depresión y abuso de sustancias. Una de cada cuatro familias tiene un miembro afectado por un trastorno mental.

Los trastornos mentales son enfermedades psiquiátricas pero pueden estar relacionadas con alteraciones neurológicas del sistema nervioso central periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular, y los músculos. Pero estas alteraciones están relacionadas con enfermedades más graves como accidentes cerebrovasculares, demencia, Alzheimer, entre otras (OMS 2004).

La salud mental es tan importante como la salud física. Un estudio realizado en América Latina y el Caribe encontró que en el 2002 los trastornos mentales representaban el 22% de la carga total de enfermedades, comparado a 1990 donde solo alcanzaban el 8% (Rodríguez et.al 2009). El 1% de la población está expuesta a desarrollar una enfermedad mental por razones genéticas (Clarín 2013). Una de las mayores problemáticas es que la tercera parte de las personas afectadas no eran tratadas por profesionales y en su lugar creaban dependencia y abuso de alcohol. Este mismo estudio reveló que los trastornos mentales afectan más a personas de clases socio económicas bajas, quienes tienen menos posibilidades de acceder a tratamientos psicológicos. La OMS a través del Proyecto ATLAS (2001) realizó un estudio sobre los recursos de los países en el ámbito de la salud mental. Así, reunió información sobre 185 países (96,9% de los Estados Miembros) que comprenden, en conjunto, al 99,3% de la población mundial. Los análisis mostraron que:

- El 41% de los países no tiene definida una política de salud mental.
- El 25% carece de legislación en la materia.
- El 28% no dispone de un presupuesto independiente para salud mental. (Entre los países que informaron tenerlo, el 36% destina a esta área menos del 1% de su presupuesto total de salud).
- El 37% carece de establecimientos de atención comunitaria salud mental.
- En más del 25% de los países, los centros de atención primaria no tienen acceso a medicamentos psiquiátricos esenciales.
- En más del 27% no hay ningún sistema para recoger y comunicar información relativa a la salud mental.

- Alrededor del 65% de las camas destinadas a la atención de salud mental se encuentra en hospitales psiquiátricos autónomos.
- El 70% de la población mundial dispone de menos de un psiquiatra por cada 100 000 personas (OMS, 2002).

Existen grupos particularmente expuestos a situaciones de peligro, lo que ocasiona mayores problemas sicosociales. Estos grupos pueden ser indígenas, víctimas de conflictos armados, violencia política y desplazamiento (Rodriguez et.al 2009).

1.4 Clasificación de los Trastornos Mentales

La OMS clasificó a los trastornos mentales en nueve categorías diferentes (Citado por Definición s.f.).

Sistemáticos y orgánicos: Enfermedades de afectación cerebral generalmente progresivos.

Ezquizotípicos: Delirios fuertes por alteraciones relevantes en el sistema. Puede causar delirios y dificultades afectivas.

Neuróticos: Alteraciones del sistema nervioso.

Del comportamiento y la personalidad: Inestabilidad emocional.

Del humor o afectivos: Alteraciones de estados de ánimo.

Trastornos por consumo de sicotrópicos: Causados por la dependencia a sustancias que alteran el comportamiento.

Trastornos por disfunciones fisiológicas: Son causados por alteraciones biológicas o de percepción como la anorexia.

Retraso mental: Funcionamiento intelectual por debajo del promedio.

1.5 Concepciones Erróneas de los Trastornos Metales

Según Ravenscraft (2015) estas son las concepciones equivocadas más comunes sobre los trastornos:

1. Los problemas mentales duran para siempre: Es común escuchar a gente decir que los síntomas de un trastorno jamás desaparecen completamente. Esto no es cierto ya que si fuera verdad no tendría sentido buscar ayuda o ir a terapias. Antes se pensaba que el cerebro en adultos ya no cambia, pero se ha descubierto que sin importar la edad experiencias, genes y comportamientos pueden influenciarlo. Así que a través de tratamientos y terapias los síntomas pueden ser totalmente controlados.

2. Únicamente la gente violenta o inestable tiene trastornos mentales: Los síntomas pueden ser más visibles en ciertas personas que en otras, pero existe mucha gente lidiando con desordenes en distintos niveles. No es correcto asumir que por tener un trastorno mental, una persona es inestable. Las enfermedades se pueden manifestar de diferentes formas, tanto con irritabilidad como con aislamiento. No existe ninguna prueba de que las enfermedades mentales se asocien a la violencia. Ser violento no es un indicador de un trastorno.

3. Una persona con un trastorno no puede manejar sus relaciones: Es un error pensar que por tener un trastorno es necesario aislarse de relaciones personales, al contrario, estas son necesarias para el proceso de recuperación. Investigaciones han demostrado que relaciones amorosas son especialmente beneficiosas principalmente para gente con depresión.

4. Es tu decisión salir de eso: Una de las ideas más erróneas es pensar que una persona simplemente puede salir de ello si así lo decide. No es algo que únicamente está en tu cabeza, ni a lo que le estás poniendo demasiada atención, ni que simplemente debes superar y ya, es precisamente la incapacidad de simplemente superarlo, lo que separa un trastorno mental de estados de ánimo normales del día a día. Porque tu cerebro, que normalmente puede regular tus emociones, no está funcionando bien.

5. Los tratamientos son una pérdida de tiempo: La neurociencia aún se está desarrollando, lo que significa que aún es un desafío entender el comportamiento humano. Como en muchos otros servicios por los que pagamos, es necesario pagar por un experto en terapias.

1.6 Estudios sobre Trastornos Metales

La gran laguna en necesidades relativas a salud mental de estudiantes universitarios.

Docentes de dos prestigiosas universidades en Canadá realizaron un estudio enfocado en lo que los estudiantes universitarios quieren saber sobre la salud mental y modos para comunicar esta información. Ellos realizaron una entrevista online a 271 estudiantes

de Ottawa en la que encontraron que la mitad de los encuestados no entendían los alcances de una enfermedad mental y consideraban que la mejor forma de obtener información es a través de presentaciones públicas y medios de comunicación.

Este estudio asegura que 47% de estudiantes universitarios, especialmente de primer año sufre de trastornos mentales, entre los más comunes son la depresión, ansiedad, desórdenes alimenticios y sicosis. El 87% de los que son diagnosticados con depresión o ansiedad no buscan ayuda profesional (Amstrom & Young 2015). Los trastornos mentales no siempre han sido tomados en cuenta como parte de la salud integral. Estudios dicen que por cada dólar invertido en la salud mental se ve un ahorro de ocho dólares en costos de salud de un individuo a futuro (MHCC, citado por Amstrom & Young 2015). Las causas más comunes son la falta de reconocimiento de que necesitan ayuda, o de los servicios o tratamientos a los que pueden acceder como estudiantes o escepticismo a su efectividad. Resultados relevante de esta investigación fueron que los encuestados no mostraron interés por saber sobre los servicios para tratar una enfermedad mental, pero si querían conocer cómo lidiar con el estrés o hablar con alguien con depresión y pensamientos suicidas.

En cuanto a formas de comunicación preferidas para conocer sobre el tema, esos fueron los porcentajes: presentaciones para grandes grupos en una clase por expertos y personas que vivieron la experiencia 21%, presentaciones interactivas en grupos pequeños 20%, online 14%, material digital interactivo 13%, y materiales y libros impresos 7% (Amstrom & Young 2015).

Temas de mayor interés sobre trastornos mentales, (Amstrom & Young 2015).

Las conclusiones de este estudio fueron que los hombres tienen mayor dificultad para identificar los trastornos mentales. Uno de los descubrimientos más importantes fue que los estudiantes no muestran interés por servicios de ayuda mental para la comunidad, sin embargo quienes mostraron no interesarse en buscar ayuda en su mayoría fueron quienes no pudieron reconocer los distintos tipos de enfermedades y por lo tanto mantenían ideas erróneas sobre las acciones a tomar. Por esta razón el estudio concluye que es indispensable enseñar primero los síntomas y los trastornos más comunes en lugar de informar sin una base sólida los servicios para la salud mental disponibles (Amstrom & Young 2015).

Investigación sobre salud mental en mujeres: Perspectivas de género y salud.

Este estudio se enfoca en los trastornos mentales desde la perspectiva de desigualdad entre hombres y mujeres. Aún en una sociedad donde la inequidad de género ha reducido, las mujeres aún tienen desafíos más grandes para tratar de superarse, especialmente cuando tienen una familia esperándolas en casa. El estudio sugiere que los trastornos mentales se relacionan con determinantes sociales, y como estos determinantes son diferentes entre géneros es importante entender su relación con la salud.

El estudio ofrece información sobre frecuencia y distribución de las principales enfermedades mentales en la mujer, políticas de salud mental y provisión de servicios, impacto de la enfermedad mental en la familia y sesgos de género en la investigación psiquiátrica.

Hay trastornos más comunes en las mujeres, como trastornos alimenticios y antisociales. Así como el consumo de sustancias alcohólicas predominan en los hombres. Los estrógenos en las mujeres pueden ofrecer un sistema protector para ciertos trastornos en las mujeres como la esquizofrenia que se desarrolla con menor lentitud que en los hombres. Las diferencias de género también determinan el tipo de reacciones ante un trastorno. Por ejemplo, una mujer que tiene depresión tiende al aislamiento, aumento de peso y llanto. Mientras que los hombres tienden a estar irritables, distantes y frustrados acerca del pasado.

Otra diferencia importante es el uso de fármacos, el cual es más común en mujeres, incluso aquellas que no han sido medicadas por un psiquiatra. En cambio, el hombre tiende a consumir alcohol para aliviar los síntomas y evita el uso de fármacos pues esto afecta su autoestima.

Ante la depresión la respuesta de hombres y mujeres a terapias psicológicas es diferente. Las mujeres responden mejor a la terapia interpersonal que al cognitivo, ya que esta aborda emociones, mientras que los hombres responden a ambos tratamientos de igual manera.

Existen dos teorías en cuanto al desarrollo de trastornos mentales según el género. La primera se relaciona con factores biológicos, la cual explica como las hormonas, el metabolismo y la genética determinan las respuestas ante un trastorno. Por ejemplo, los estrógenos influyen en los cambios de ánimo de las mujeres, la fase premenstrual pone en vulnerabilidad a las mujeres quienes tienen más probabilidades de desarrollar el trastorno de depresión durante este periodo, "entre un 3 y un 8% de mujeres en edad reproductiva presentan un trastorno premenstrual, 50% de mujeres presentan cambios de humor

posparto y entre el 12%-15% desarrollan depresión no relacionada con factores sociales.”
(Montero, s.f., p.7)

La depresión posparto tiene orígenes biológicos, sin embargo los factores sociales influyen mucho en los trastornos mentales. Estudios han demostrado que las sociedades más igualitarias la diferencia del desarrollo de trastornos mentales entre géneros se reduce significativamente. A pesar de que los cambios psicológicos afectan a todos se ha notado que las mujeres de clase socioeconómica baja con hijos pequeños tienen una mayor problemática. Estudios sugieren que el estrés es uno de los factores que explica la diferencia de género en el desarrollo de la depresión ya que las mujeres tienen mayor sensibilidad a factores estresantes, mientras que los hombres se ven más afectados por pérdida de objetivos y metas. Las mujeres están ligadas a sobrecarga crónica como soledad, pobreza, normas sociales, embarazos y falta de apoyo en crianza, “el 19% de enfermedades mentales en mujeres en países desarrollados se debe a la violencia doméstica.” (Montero, s.f., p.9)

Es importante entender todos estos datos con perspectiva de diferencias de género ya que una vez que se aborda la problemática de desigualdad ante la salud mental se puede identificar soluciones más igualitarias para hombres y mujeres en el ámbito social (Montero, s.f.).

Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe

Existen grandes limitaciones en la promoción de la salud mental en América Latina y el Caribe ya que los gobiernos no le han dado prioridad dentro del plan de salud. Todos los países de la región adoptaron la “Declaración de Caracas” en 1990, la cual pretendía alcanzar atención comunitaria, descentralizada, integral y preventiva enfocada en la salud mental en los servicios médicos públicos. En el 2008, la OMS aprobó el plan estratégico 2008-2012 que tenía como objetivo reducir los obstáculos en el tratamiento de enfermedades mentales y la necesidad de recopilar datos para crear planes adecuados. Estos planes debían dar énfasis a países subdesarrollados ya que en estos se concentra la mayor parte de gente sufriendo trastornos mentales. Se realizaron encuestas en Brasil y Chile y encontraron que los trastornos más comunes eran la depresión, la ansiedad y abuso de sustancias. En Chile se descubrió problemas por abuso de drogas en adolescentes adultos. En cambio en Brasil se resaltó el problema que ocasiona la sobrecarga laboral especialmente en mujeres que no sólo tenían que trabajar sino también cuidar de las labores domésticas. El 27% de la muestra encuestada demostró tener un trastorno depresivo (Rodríguez et al. 2009).

1.7 La Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que ocasiona que el paciente se sienta abatido, desalentado o infeliz. Para considerarse un cuadro depresivo es necesario que los síntomas hayan persistido por lo menos dos semanas, así se confirma que no se traten de estados de abatimiento por acontecimientos ocasionales (DSM5, 2013) Muchas veces es confundida con melancolía, tristeza pasajera, o falta de ganas de salir adelante. Es incomprendida por muchas personas por su falta de conocimiento y la falta de información

que existe sobre el tema. Puede manifestarse de varias formas y tener diferentes síntomas o experiencias dependiendo de la persona. El problema es que las personas al tener depresión, al no saber que la tienen, ni cómo combatirla o hacerse tratar, con el tiempo en vez de cesar, simplemente se agudiza; y no hace más que empeorar no solo a la persona sino también a todo su alrededor. Esta, es una condición médica que no solo afecta a la mente, si no también se ve reflejada de manera física y conductualmente. “Afecta la forma en la que comes, duermes, te sientes y piensas ... es un trastorno cerebral que afecta a un grupo de gente de todas las edades, etnias, religiones y clases sociales” (Federación Mundial de la Salud Mental, 2010).

1.8 Historia

El día de hoy, la depresión es considerada un trastorno de estado de ánimo que tiene relación con estados bioquímicos y fisiológicos de las personas. En el pasado, se le veía como un mal relacionado a la locura provocada por fuerzas del demonio por lo que no era tratado adecuadamente y muchas veces era castigado hasta con la muerte. A partir del siglo XV, la depresión fue dejada de verse como una posesión demoniaca para llamarse melancolía. La depresión, en esa época, fue impulsadora de arte “ha tenido siempre un importante impacto en la civilización y la cultura, y ha sido origen de muchas obras literarias y artísticas a lo largo del tiempo, como si el estado de ánimo que le es propio impulsarse de algún modo el sentido artístico” (Serafín, 2012). Durante el renacimiento, la imagen de la depresión se va volviendo más sofisticada y analizada por médicos de la época, dejando ya a un lado las teorías de magia negra y endemoniadas y proponen que estas se enfoquen hacia la creación artística o intelectual, volviéndose aquí la melancolía en temas literarios y dramáticos.

Grandes autores del siglo, como Shakespeare, Robert Burton, o Aristóteles, expresan sus obras y pensamientos, marcando una tendencia que ha sido admirada hasta nuestro tiempo. A inicios del siglo XVII, el mundo ya cuenta con una visión más mecánica, abandonando y dejando a un lado un poco este “modelo humorístico y melancólico”, para así pasar a unas propuestas más científicas. Fue recién en los años 1600 que un médico inglés, Thomas Willis, propone una explicación más racional de la melancolía ya fundamentada en procesos químicos del cerebro y del corazón. “En 1725, Richard Blackmore acuña el hoy tan popular termino de depresión” (Serafín, 2012) siendo el comienzo de muchas investigaciones que determinaran lo que se conoce hasta hoy como el trastorno de depresión.

Para los años XIX la evolución de conocimientos de depresión evoluciono, ya tomándolo como un trastorno mental con fundamentos ya más reales de mecanismos con bases clínicas. Sigmund Freud, medico neurólogo reconocido como el padre del psicoanálisis y una de las más grandes figuras intelectuales del siglo XX, propuso ya que la depresión es un modelo psicoanalítico, junto a Emil Kraepelin que aportaba químicamente con farmacéuticos como parte del tratamiento estudiando los efectos de la medicina en el sistema nervioso. “Uno de los grandes triunfos fue el desarrollo de la teoría de las mono-aminas, según la cual la depresión está relacionada con déficits del neurotransmisor serotonina en los espacios sinápticos interneurales” (Serafín, 2012). Actualmente la depresión es ya conocida y cuenta con tratamientos eficaces que ayudan a las personas a sobrellevar la enfermedad, teniendo como único propósito el bienestar social y mental de las personas. A pesar de que no se cuenta con un conocimiento general de este trastorno, ni conocimientos acerca de sus tratamientos, síntomas y factores que influyen al desarrollo del mismo.

2. MARCO TEÓRICO INTERNACIONAL

2.1. Introducción

En el mundo hay más de 350 millones de personas que sufren de depresión, convirtiéndose este trastorno mental, en la principal causa de deterioro del bienestar psicológico en el mundo. Por esta razón, decidimos poner énfasis en este problema social, ya que más del 90% de estas personas no son tratadas en varios países alrededor del mundo, según la Organización de Salud Mundial (OSM). Al ser la depresión una enfermedad mental que no sólo interfiere con los pensamientos y en la estabilidad mental, sino también el bienestar personal diario de cualquier persona al esta interferir con todo tipo de actividad, desde laboral hasta las domesticas, personales, etc.

Las estimaciones acerca de los problemas que la depresión llega a causar son altas en el mundo y el problema más grande es que no son tratadas, diagnosticadas o dadas la importancia que necesitan. Las estimaciones acerca de los problemas que la depresión llega a causar, son altas en el mundo, y el problema más grande es que no son tratadas, diagnosticadas o dadas la importancia que necesitan. Como resultado cerca de un millón de personas se suicidan en el mundo. A pesar de que los índices de depresión varían drásticamente a nivel mundial, la mayoría de países se ubican entre un índice de prevalencia del 8% y 12%. Existen características que, a pesar de que en cada lugar las sociedades son distintas y viven diferentes realidades, son muy similares y tienden a tener en común como humanidad. Entre estas esta que las mujeres tienden a sufrir tres

veces más depresión que los hombres, desventajas como bajos niveles económicos o educativos hacen de las personas más propensas a sufrir la enfermedad, la genética es un factor importante al igual que al contraer o sufrir de enfermedades crónicas y el estar expuestos a traumas situacionales como la violencia o separaciones. Entre estas están:

- Que las mujeres tienden a sufrir tres veces más depresión que los hombres
- Las desventajas como bajos niveles económicos o educativos hacen de las personas más propensas a sufrir la enfermedad
- La genética es un factor importante al igual que al contraer o sufrir de enfermedades crónicas y el estar expuestos a traumas situacionales como la violencia o separaciones.

(Federación Mundial de la Salud Mental, 2010).

Por otro lado, la depresión no es sólo un problema individual de la persona que la tiene. La depresión afecta también a todas las personas que les rodean, afectando claramente a su familia y allegados cercanos, produciendo en ellos efectos o síntomas similares, más que a nadie.

2.2. La Depresión Concepto

La depresión es un trastorno mental caracterizado por la sensación de tristeza y pérdida de vitalidad, “este trastorno es producto de una combinación de factores, y que tienen una base física localizada en el cerebro.” (OMS 2002) Se la diferencia de otros estados de

desánimo por su gravedad y su duración. Cuando los episodios depresivos cambian a estados de alegría constantemente se le conoce como bipolaridad. Según la OMS, la depresión y la esquizofrenia son la causa del 60% de suicidios, afecta a más de 350 millones de personas en el mundo, “es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad.” (2012).

Lo más grave que puede ocurrir es que la depresión lleve a una persona al suicidio, lo cual causa la muerte de 1 millón de personas al año (OMS, 2012). En América Latina y el Caribe la cifra es de 63 mil (BBC 2012). Según Montenegro miembro del consejo de dirección de la Fundación Mundial para la Salud Mental (WFMH, por sus siglas en inglés):

75% de las personas que se suicidan han comunicado, un mes antes de suicidarse, a un familiar o conocido que tienen deseos de morir o matarse, 60% ha comunicado ese deseo en los dos meses previos al acto y 50% en los tres meses antes de cometerlo (BBC 2012).

En América Latina 5% de la población sufre de depresión. Seis de cada diez personas afectadas no reciben ayuda, tratamiento o terapias. Además de esto, los gobiernos no destinan suficiente presupuesto a la salud mental. A penas el 2% se presupuesta para estos trastornos (Organización Panamericana de Salud). Según la Federación Mundial de la Salud Mental “Los índices de depresión varían mundialmente. El índice de prevalencia en Japón es del 3 % y en Estados Unidos del 16.9%, mientras que en la mayoría de los países se ubica entre 8% y 12%.” (2010)

Existen distintos tipos de depresión. Según DSM-5 (2013) los trastornos depresivos son:

Trastorno depresivo mayor: Las características son un estado de ánimo desalentado que ha persistido por un periodo de tiempo acompañado por lo menos de cinco de los síntomas más comunes y causa malestar o discapacidad.

Trastorno depresivo persistente (distimia): Es un trastorno afectivo crónico de mayor duración pero menor intensidad que la depresión mayor.

Trastorno

Los síntomas más comunes son tristeza persistente, falta de interés en actividades diarias, irritabilidad, culpa, indecisión, falta de concentración, pérdida de apetito, sentimientos de culpa y pensamientos suicidas. Las causas pueden ser múltiples como genéticos, bioquímicos, sociales, psicológicos y ambientales (OMS 2012). Según Everyday Health (2015) existen seis síntomas en particular que se asocian con la depresión:

1. Problemas para dormir: Es muy común que la gente con depresión, a pesar de sentir fatiga, tenga problemas para lograr dormir profundamente.
2. Pérdida de interés en actividades preferidas: Es una señal de alarma que alguien deje de querer hacer actividades que antes amaba.
3. Aumento de energía: Irónicamente, personas con depresión mayor, tienen un repentino aumento de energía, especialmente si han decidido suicidarse para solucionar el problema, ya que esto les da una sensación de adrenalina.

4. Cambio en el apetito: la ansiedad o depresión crónica pueden causar que una persona coma más de lo normal. Pero personas con depresión mayor pierden el apetito y dejan de comer.

5. Irritabilidad: En algunas personas, especialmente hombres, en lugar de sentir desánimo al estar deprimidos, muestran impaciencia e irritabilidad.

6. Desesperanza: Una persona con depresión severa hablará constantemente como si en un futuro cercano ya no va a estar presente. Pierden toda esperanza en el mañana y piensan que les queda poco tiempo de vida y tienden a tomar riesgos y ser imprudentes.

Es innegable que quienes sufren de depresión están enfermos. La depresión puede incluso ser mortal si quien sufre decide suicidarse. Existen muchas teorías sobre que ocasiona la depresión, pero ninguna ha sido probada. Las teorías varían entre biológicas, genéticas, psicológicas y espirituales (A Diamond 2008).

Existe un gen encargado de transportar la serotonina. Cada gen tiene dos copias y las personas que tienen dos copias cortas tendrían mayor tendencia a deprimirse que quienes tienen copias largas. El trastorno mental de la depresión se ha relacionado en varios estudios como un efecto de baja serotonina en el cerebro. La serotonina es un neurotransmisor que se produce a través de un proceso bioquímico que combina proteínas con reactores químicos. Al ser un neurotransmisor lo que hace es llevar señales entre las neuronas regulando su intensidad. Regula el ánimo, el apetito, el sueño, la memoria y deseo sexual. No se ha podido determinar con certeza si bajos niveles de serotonina causan depresión o si

la depresión causa que los niveles de serotonina disminuyan por lo cual, la depresión no está únicamente relacionada a los niveles de serotonina (Medical News Today 2015).

2.3. Factores que intervienen

Según la Organización de Salud Mundial, la depresión es un trastorno que se puede encontrar, formar, o presentar en cualquier lugar del mundo. “La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos” (OMS, 2012). Esta es una enfermedad que puede ser hereditaria, resultado de otras enfermedades o creada por algún fuerte impacto en las vidas de las personas. Circunstancias como presiones económicas, el desempleo, crisis, cambios hormonales o sentimentales, son factores que influyen a la depresión a mostrarse o desarrollarse en las personas. “Científicos creen que hay factores emocionales, biológicos y genéticos que combinados influyen en el desarrollo de este padecimiento” (Federación Mundial de la Salud Mental, 2010). Fuertes situaciones o experiencias difíciles de vida influyen de igual forma en el apareamiento de la depresión, como la pérdida de un familiar, ser despedido, enfermedades crónicas (inicio, o en el proceso), manejo de estrés o factores de personalidad como la baja autoestima, el ser pesimista de una manera extrema, falta de decisión, debilidad emocional.

2.4. Etapas

Las personas que sufren de depresión, tienen que diferenciar el tiempo o los síntomas si son o no a largo plazo, o depresión en realidad. Muchas veces muchas personas pueden confundir a la depresión con simples episodios de tristeza o amargura. Los profesionales dan

un tiempo estimado de síntomas para poder diagnosticar un trastorno depresivo. El período estimado es de dos semanas, con tendencias a empeorar y llevar cada situación de manera más crítica.

Para diferenciar las diferentes etapas de la depresión, lo primero que hay que tener en cuenta es que existen variaciones o alteraciones de datos ya que ninguna persona es igual a otra, por lo que sus comportamientos, actitudes o maneras de enfrentar las crisis son distintas. Los síntomas de igual forma son distintos unos con otros, y usualmente se inician con síntomas como cambios repentinos de ánimo, pérdida de interés en las cosas, en la vida, en las personas o casos que antes se tenía un vínculo y pérdida de la capacidad de sentir o experimentar placer de cualquier tipo.

CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) fue publicada por la Organización Mundial de la Salud para proveer datos estadísticos sobre la morbilidad y mortalidad. Además clasifica enfermedades según signos, síntomas y causas externas. De acuerdo con CIE 10 los principales síntomas de un cuadro depresivo son:

- Cambios de humor
- Pérdida de interés en actividades cotidianas recepción
- Disminución de vitalidad
- Cansancio exagerado
- Disminución de concentración
- Pérdida de autoestima
- Sentimiento de culpa

- Pensamientos suicidas
- Pérdida de sueño
- Pérdida de apetito

Al presenciar alguno de estos síntomas, solos o combinados, por un tiempo determinado el siguiente paso sería contactar un profesional para poder tener el diagnóstico adecuado. La mejor manera para reconocer que es depresión es darse cuenta que no hay mejoría con el pasar de los días, la enfermedad se agudiza cada vez más.

Las personas al comenzar a tener una depresión, a pesar de tener los síntomas previamente mencionados, comienzan a tener un ritmo acelerado en las mañanas, seguido de falta de comunicación.

Como tercera etapa, las personas se aíslan socialmente y abandonan por completo su vida personal, y el interés por la laboral y las ganas de vivir. En esta etapa es usual que las personas busquen ayuda por voluntad propia o con ayuda de familiares o personas cercanas. En este paso el cambio de la conducta del paciente es evidente y difícil de disimular. El psicólogo Alfonso Echávarri Gorricho dice que “el ser humano es más que su propio trastorno y requiere y reclama una atención que le contemple no solo como un organismo que arreglar, sino como un todo con vocación de sentido y posibilidades de realización aun en la adversidad” (Echávarri, 2015).

Como siguientes pasos lo más adecuado sería hablar y contar con un profesional, para así poder entender la enfermedad y llegar al paso de la aceptación.

Una vez que tanto el paciente como sus familiares acepten la enfermedad, como último paso es estar y seguir un tratamiento prescrito por un profesional para así poder mejorar.

2.5. Tratamientos y Terapias

Cuando se trata de tratamientos y terapias, lo ideal, como primer paso es la aceptación de necesitar ayuda profesional. No solo de la persona que lo está viviendo, sino también de sus familiares o personas allegadas. El cariño, comprensión de las personas cercanas al paciente es primordial y el entendimiento de la enfermedad es fundamental para que estos formen parte del proceso y ayuden al paciente a recuperarse. De ahí, “el ambiente que rodea a una persona que sufre de depresión es fundamental para su rehabilitación”. (DMedicina, 2015). Para un correcto diagnóstico, el primer paso es indagar la historia del paciente. Con un historial completo, el profesional puede diagnosticar de la manera más adecuada. Es fundamental que incluya el inicio de los síntomas, su duración y características; saber qué tipos de estupefacientes han sido usados o consumidos en ese tiempo o en general, si ha tenido pensamientos suicidas o de muerte. Junto al historial y la cita médica, el profesional puede saber qué tipo de tratamiento necesita. “Una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones de habla, pensamiento o memoria se ha afectado”. (DMedicina, 2015).

En cuanto a tratamientos contra la depresión se encuentran tres; el de la terapia psicológica, la terapia de electroshock y el uso de fármacos. la terapia psicológica y la

farmacéutica se utilizan por separado o en conjunto dependiendo la necesidad y del problema. "En todos los pacientes, la combinación de medicamentos y psicoterapia, generalmente proporciona la respuesta más rápida y sostenida" (Medscape, 2015). El tercer tratamiento, el de la terapia electroconvulsiva o electroshock, es bastante conflictivo su uso, y se le considera como última opción al momento de diagnosticar y brindar tratamientos hacia los pacientes, pero es contemplado por su efectividad. "En una primera fase se medica de forma intensa al enfermo para conseguir que los síntomas desaparezcan y se pueda iniciar la recuperación del enfermo" (MDedicina, 2015). El tratamiento de electroshock es usado con pacientes en los que no le han funcionado los anteriores tratamientos y terapias. Los pacientes que son diagnosticados con el tratamiento de electroshock son pacientes de alta gravedad en los que su vida corre peligro.

- **Tratamientos con antidepresivos (farmacéuticos):**

Antes de hablar de los tratamientos antidepresivos es importante saber que son y cómo funcionan. Estos medicamentos alivian los síntomas de la depresión y son usados con bastante regularidad. Existen hasta ahora aproximadamente 30 clases de antidepresivos diferentes. Estas funcionan activando los neurotransmisores (substancias químicas cerebrales), para así poder controlar principalmente la serotonina y la noradrenalina, substancias actividades y que están presentes en las personas con depresión (Royal College of Psychiatrists, 2015). Este es un método efectivo ya que ataca al problema directamente, como contra indicaciones tiene el efecto placebo. No todos los pacientes lo necesitan pero son de igual manera recetados, muchos pasan por el efecto placebo. A pesar de tener efectos secundarios, cada uno de los doctores deben de recetar

el más adecuado, teniendo en cuenta que muchas veces pueden afectar con las actividades laborales o actividades diarias de las personas. No es recomendado para mujeres en el embarazo ni en periodos de lactancia, a pesar de que lo ideal sería todo consultarlo con un médico. (Royal College of Psychiatrists, 2015). La farmacoterapia, incluye:

- Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS)
- Inhibidores de la serotonina / norepinefrina (IRSN)
- Los antidepresivos atípicos Los antidepresivos tricíclicos (ATC)
- Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) (Medscape, 2015)

Estos tratamientos farmacéuticos, atacan directamente a las sustancias químicas del cerebro, especialmente a la serotonina que es el neurotransmisor “que controla las emociones, la temperatura corporal, el apetito, los niveles hormonales, el sueño y la presión sanguínea” (DMecina, 2015).

- Psicoterapia:

Es otro tratamiento eficaz para curar la depresión, al ser un trastorno que puede ser diagnosticado. Hay variedad de psicoterapias que “consisten en un apoyo psicosocial básico... también terapia cognitivo – conductual, psicoterapia interpersonal o técnicas para la resolución de problemas” (Organización Mundial de la Salud, 2012). Esta tiene como único propósito el ayudar a las personas con depresión para poder sentirse mejor a través del autoconocimiento y cambiando sus hábitos de cambiar las formas negativas de pensar, sentir y actuar. “Buena parte del trabajo terapéutico consistirá precisamente en que la

persona cambie la manera de ver su realidad. Del no puedo y soy incapaz, al me cuesta. Del me aburre todo al la mayoría de las cosas me aburre" (Echávarri, 2015). Es una terapia altamente recomendada a pacientes que se encuentran en las primeras etapas de la depresión y que cuentan con un trastorno leve, se recomienda "como un tratamiento de primera línea" (Medcare, 2015).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) señala que "la combinación de la psicoterapia con medicamentos antidepresivos puede ser más apropiado para los pacientes con moderada a trastorno depresivo mayor grave" (Medcare, 2015).

Para adultos, lo recomendado en psicoterapias es:

- La psicoterapia interpersonal (IPT)
- La terapia cognitivo - conductual (TCC)
- Resolución de problemas terapia (PST)
- Activación conductual (BA) / manejo de contingencias (Medcare, 2015)

Para niños y adolescentes, se recomienda lo siguiente, en conjunto con terapia también para la familia y personas allegadas a ellos. Ya que esta enfermedad no solo ataca al paciente si no deja estragos en todo su círculo.

- La psicoterapia interpersonal (IPT)
- La terapia cognitivo - conductual (TCC)

- La terapia conductual (BT) (Medcare, 2015)

- Electroconvulsiva o electroshock:

Es un tratamiento poco usado y usualmente tomado en cuenta cuando los otros dos tratamientos, sean solos o combinados, no han tenido los resultados esperados. También es utilizado cuando los pacientes no pueden utilizar o consumir ningún tipo de medicamentos o cuando la depresión está en una etapa avanzada, en donde la probabilidad de suicidio es alta o existe relación con otra enfermedad física. Este tratamiento se comenzó a usar desde los años 30, donde “los psiquiatras empezaron a notar pacientes con angustia severa mostraban una mejoría repentina después de sufrir una convulsión” (BBC, 2013). A pesar de haber tenido resultados positivos en la mejoría de pacientes, muchos otros no contaron con la efectividad esperada, los resultados fueron contraproducentes para su salud. Razón por la cual es un método cuestionado al momento de ser utilizado. (BBC, 2013). La terapia Electroconvulsiva (TEC), busca una respuesta antidepresiva rápida y eficaz, y se usan en pacientes con:

- Alto riesgo de suicidio
- Alto riesgo de morbilidad y mortalidad médica (Medcare, 2015).

Existen tratamientos actuales alternativos los cuales propones ser poco invasivos y no cuentan con la necesidad de usar medicinas. Se investigaron estos tratamientos para personas que no podían ingerir ninguna clase de medicamentos y buscaban por tratamientos alternativos al no tener mejoría con los clásicos. Lo indicado es que estos, sean

utilizados como refuerzos a las terapias recomendadas. El MD Stuart Eisendrath, investigador de la Universidad de California en San Francisco, nos cuenta acerca las terapias alternativas, "tenemos que dar un paso fuera de sólo medicación siendo el enfoque para el tratamiento de la depresión en todas sus formas - el más leve y moderada, o la más grave la depresión resistente al tratamiento" (Medcare, 2015). Estos hallazgos fueron ya mandados a la Asociación de Psiquiatría Americana.

-Estimulación Magnética Transcraneal:

Es un procedimiento que estimula a las células nerviosas que se encuentran en el cerebro a través de cortas pulsaciones magnéticas. Este procedimiento se aprobó en el 2008 por la FDA (Food and Drug Administration), en los estados unidos. "Una gran bobina electromagnética se coloca contra el cuero cabelludo que genera pulsos enfocados que pasan a través del cráneo y estimular la corteza cerebral del cerebro, una región que regula el estado de ánimo" (Borchard, 2015).

- Terapia Dialéctica Conductual

Desarrollada a finales de 1980, el psicólogo Marsha Linehan desarrollo esta terapia basada en ejercicios de respiración, control personal, distracción e interrupción de pensamientos negativos, aceptación total de emociones fuertes sin juicio y amor propio. A pesar de que estas terapias se han usado para tratar otros trastornos mentales, se han visto eficaces para ayudar a las personas que sufren de depresión (Borchard, 2015).

- Yoga – Tai Chi

Estudios han comprobado que el yoga es un deporte que ha ayudado a la sanación de la depresión. Esta terapia es una forma efectiva para reducir la depresión, Teagan Fea creadora de tratamientos de yoga en contra de la depresión cuenta con una experiencia de alrededor de dos décadas implementando esta terapia y experimentando notorios cambios. "la práctica puede ser diseñada específicamente para reducir los síntomas de la depresión. Moverse y mantener posturas mientras se centra en las descargas de aliento almacenado y energía deprimida, lo que permite que se mueva a través del cuerpo y ser puesto en libertad. Los componentes de visualización, respiración y meditación de la práctica ayudan a volver a cablear el cerebro y el fortalecimiento de nuevos patrones de pensamiento. El yoga es una poderosa herramienta que puede ayudar con la profunda transformación " (Borchard, 2015).

Al igual que el yoga, el tai – chi, un antiguo arte marcial chino, ha demostrado ser un tratamiento efectivo cuando se habla de depresión. Ayuda a que las personas se sientan más cómodas con ellas mismas y con su cuerpo; ayudando a tener un mayor control, manejo y aceptación del mismo. Este ayuda también a contar con una mejora en la memoria, a tener más energía y a la mejoría en la calidad de vida. Esta es más recomendada y es más usada con personas de la tercera edad por sus beneficios.

- Terapia de Entonaciones Binaurales

Esta terapia usa la música como terapia anti depresiva en la que a través de diferentes tipos de tonos de baja frecuencia se crean efectos de cambio en el estado de ánimo. La terapia de audio reduce los síntomas y es verdaderamente efectiva para mejoría a corto plazo. (Borchard, 2015).

- Terapia de Retroalimentación Biológica

Esta terapia “es un proceso que capacita a tener un mejor control sobre la mente y el cuerpo mediante el uso de sensores eléctricos que proporcionan retroalimentación. (Borchard, 2015). A través de una pantalla se puede ver como los pensamientos de las personas producen cambios en el cuerpo, especialmente en las tensiones de los músculos, que vuelve a tener una reacción que empeoran la racionalidad de los pensamientos de las personas. Esta terapia manipula a la mente para que a su vez manipule al cuerpo y este controle a su mente para así poder mejorar la depresión.

2.6. Campañas internacionales

Proyecto Punto y Coma

Este movimiento inició en el 2013 como una acción para generar conciencia sobre el suicidio causado por desórdenes mentales. Consiste en contar las historias de gente que sufrió de depresión y llegó a querer quitarse la vida pero no lo hizo. Estas personas se tatúan el símbolo del punto y coma, como un recuerdo de que pudieron terminar su vida pero decidieron no hacerlo. Gente alrededor de todo el mundo se está tatuando este símbolo y subiendo la foto a redes sociales junto con su historia con el hashtag #projectsemicolon.

Su fundadora, Amy Bleuel, se hizo el tatuaje para honrar a su padre quien se había suicidado. Por ese dolor ella escribió la frase “amor eterno, dolor con propósito” junto al símbolo. El tatuaje simboliza que la vida continua, “tú eres el autor, la oración es tu vida y eres tu quien decide si continúa”

La campaña tuvo mucha resonancia, se estima que más de 3 millones de personas alrededor del mundo fueron impactadas. No fue únicamente algo viral, sino que logró crear diálogo y conciencia al respecto. En un solo mes más de 24 medios de comunicación internacionales, entre ellos la BBC, abc y The Huffington Post hicieron notas sobre el proyecto. Además, fue difundido por sitios web muy populares como BuzzFeed que llegó a tener 560 mil vistas en su publicación sobre el proyecto. Un local de tatuajes incluso dona cinco dólares por cada tatuaje de punto y coma a la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio. El Proyecto Punto y Coma educa a la gente sobre trastornos mentales a través de su sitio web.

No es necesario tatuarse el símbolo para que el proyecto comparta la historia, por ejemplo una mujer se dibuja con un marcador el símbolo cada mañana pero no se lo ha tatuado permanentemente porque siente que es una batalla que está peleando un día a la vez y que aún no ha sanado permanentemente.

Lo importante de este proyecto es que ha abierto una ventana al diálogo y ha impulsado a personas a contar sus historias para que así el mundo vea que los trastornos mentales son una batalla que muchos pelean (Project Semi Colon 2015).

**Trastornos Mentales: Detén el estigma con ciencia
por Brain and Behavior Research Foundation.**

Esta es una campaña de concienciación como parte del Día Mundial de la Salud Mental celebrado el 10 de octubre. Esta se enfoca en compartir y hacer viral información científica sobre trastornos o enfermedades mentales. El objetivo principal es reducir el estigma que la gente tiene sobre los trastornos mentales. La campaña se enfoca durante la semana del 4 al 10 de octubre y consiste en publicar mensajes, estadísticas, hechos y mitos sobre investigaciones relacionadas con la mente con el hashtag #ScienceStopsStigma y de esta manera generar diálogo y conocimiento sobre este tema.

Programa Global de Acción en Salud Mental por la Organización Mundial de Salud mhGAP

Este programa tiene como fin mejorar la capacidad de Estados Miembros para combatir trastornos mentales a través de acciones estratégicas y sistemáticas. Se creó como

consecuencia del Informe Sobre la Salud del Mundo en el 2001 para poder reducir las problemáticas que se encontraron sobre la salud mental. De esta manera se pretende mejorar los planes de los gobiernos en temas como servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y **reducir los niveles de estigma y discriminación**. Cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo están relacionadas con enfermedades mentales, “Los trastornos con mayor peso son la depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y la demencia.” (OMS 2002)

Los trastornos mentales ocasionan pérdidas de productividad en el hogar y en el trabajo, se estima que en Estados Unidos la pérdida económica por estas enfermedades es de \$148 millones anuales. Así mismo estudios han demostrado que personas con depresión son más propensas a contraer enfermedades cardiovasculares, cáncer o VIH Sida. El problema más grave que conlleva a la prevalencia de enfermedades mentales es el estigma de las sociedades hacia ellas. La OMS ha establecido principios globales para evitar la discriminación hacia personas que sufren de trastornos, pero en la mayoría de países no se ha respetado esta política. Esta campaña destaca la importancia de velar por los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales. Por ejemplo, pacientes que sufren de diabetes tienen una mejor evolución cuando son tratados psicológicamente también. Los pacientes que sufren de cáncer viven más cuando usan tratamientos para la depresión.

Esta campaña dio a los Estados Miembros una lista de recomendaciones que según la OMS (2002) eran fáciles de seguir:

1. Dispensar tratamiento en la atención primaria

2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos
3. Prestar asistencia en la comunidad
4. Educar al público
5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores
6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional
7. Desarrollar los recursos humanos
8. Establecer vínculos con otros sectores
9. Monitorear la salud mental comunitaria
10. Apoyar nuevas investigaciones

Así, el programa impulsa acciones a través del lema “Cerremos la brecha, mejoremos la atención” un programa que impulsa campañas individuales en cada país.

Estrategias

Este programa se concentró en cuatro principales estrategias: información, formulación y desarrollo de políticas, abogacía e investigación con el plan de que todo esto se convierta en conciencia y sensibilización contra el estigma y la discriminación. Este programa utilizó la abogacía como herramienta principal para reducir el estigma para así lograr la protección de los derechos humanos de personas con trastornos mentales. Así mismo se impulsó el conocimiento a través de la educación a cuatro grupos principales: Población en general, agentes de salud, responsables de formulación de políticas, familiares y ONGs. En cambio se utilizó a medios de comunicación para generar diálogo y difundir información. Finalmente,

se creó una red internacional de científicos para promover la investigación sobre la salud mental (OMS 2002).

Los resultados fueron, según el Programa Mundial de Acción en Salud Mental mhGAP (2002):

- Políticas integrales y desarrollo de servicios.
- Información para la adopción de decisiones más adecuadas.
- Abogacía para reducir el estigma y la discriminación.
- Aumento de la capacidad de investigación.

3. MARCO TEÓRICO NACIONAL

3.1. Introducción

Para conocer la realidad de los trastornos mentales en Ecuador se desarrollaron varias técnicas en esta investigación. La principal fue entrevistas a profesionales en varios campos como son la neurociología, psicología conductual, psicología clínica, psiquiatría, nutrición y un especialista del deporte. Adicional a esto se entrevistó a representantes centros especializados entre los cuales están: Hospital Psiquiátrico Público San Juan de Dios en el Valle de los Chillos, Centro de Psicoterapia Aysana y Hospital Metropolitano. Se realizó una sesión por Skype con el ex director del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud, entrevistamos a los directores de las dos únicas fundaciones dedicadas a la salud mental en Quito: Fundación CreSer, Fundación y Fundación Teléfono Amigo. También se sacó los datos relativos a la salud mental del informe del Instituto Nacional de Estadísticas del país (INEC) sobre estadísticas de la salud nacional y también del Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana.

Uno de los objetivos dentro de la investigación en un contexto nacional era entender el nivel de estigma y conocimiento de la gente en cuanto a la depresión. Para esto se realizó una encuesta a 35 mujeres y 47 hombres de clase socioeconómica baja y 35 mujeres y 40 hombres de clase socioeconómica media-alta. En total encuestamos a 157 personas. Los resultados de esta encuesta están distribuidos dentro de la recopilación de información a través de entrevistas y resumido como anexo.

Finalmente, se entrevistó a 7 personas que tuvieron depresión: 4 mujeres de clase socioeconómica media, 1 hombre de clase socioeconómica baja y 2 hombres de clase socioeconómica media. Todos ellos prefirieron que sus nombres quedaran en el anonimato y por lo tanto al referirnos a ellos únicamente con su primer nombre.

Toda esta información recopilada fue pertinente para entender las necesidades en Ecuador en cuanto a la salud mental y para tener una mejor perspectiva del mensaje apropiado que se debe enviar en una campaña comunicacional y la población que más lo necesita.

3.2. Datos y Estadísticas

En el 2014 el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) recopiló estadísticas sobre todo tipo de enfermedades en el país, estudios, y análisis de las personas que sufren estas enfermedades y establecimientos de salud públicos y privados. Esta recopilación divide los datos y estadísticas envolviendo todo tipo de diferentes muestras de la población en el Ecuador. Toman en cuenta el género, mortalidad, edad, ingresos hospitalarios, egresos hospitalarios, ciudades, etc. De igual forma la dividen en diferentes secciones para así, poder ordenarlas en gráficos y tablas para un mejor entendimiento y organización. Este archivo "Tabulados de egresos y camas hospitalarias 2014" se encuentra en la biblioteca del INEC; se puede encontrar de forma digital como un archivo de Excel con 62 diferentes pestañas, que dividen los diferentes estudios. (INEC, 2014)

La sección 2.1.5 ofrece datos sobre el número de camas hospitalarias según los diferentes servicios de salud a nivel nacional. En el 2004 las camas hospitalarias dedicadas a la psiquiatría eran 1.972 lo que equivalía al 8% del total nacional. En el 2014 el número redujo 616 que equivale al 2.32% del total de camas hospitalarias en el país. Comparando, se ve que se le da menos importancia a la Psiquiatría, reduciendo su número de camas hospitalarias un 5.68% en 10 años. Teniendo en la Región Costa 148 camas siendo Guayas la mayor provincia con 147 y 468 en la Región Sierra, teniendo Pichincha 424, según la sección 3.1.9. (INEC, 2014)

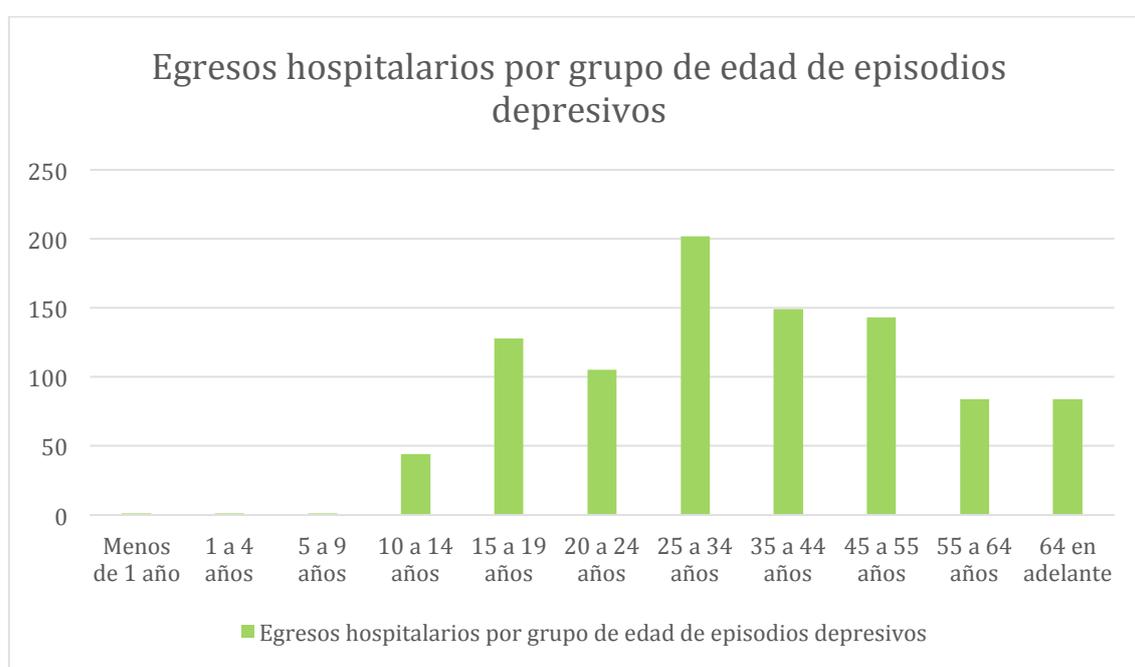
Convirtiéndose en un dato alarmante, ya que según la sección 3.1.11 del estudio del INEC en conjunto con CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) en el 2014 el número de egresos hospitalarios por trastornos del humor afectivos fue de 1.785 de estos 668 fueron hombres y 1.117 mujeres. Del total de egresos 1.771 fueron de gravedad alta, 663 hombres y 1.108 mujeres. Refiriéndose a un egreso hospitalario al alta de servicios hospitalarios a un paciente que esta ocupando una cama en un hospital publico o privado, ya sea por alta medica, traslado a otro establecimiento, fallecimiento o retiro voluntario.

Los datos del INEC revelan que en el 2014 hubo 14 egresos por fallecimiento debido a trastornos del humor, 5 hombres y 9 mujeres. La tasa de letalidad hospitalaria por 100 egresos por este trastorno fue de 0.78. (INEC, 2014)

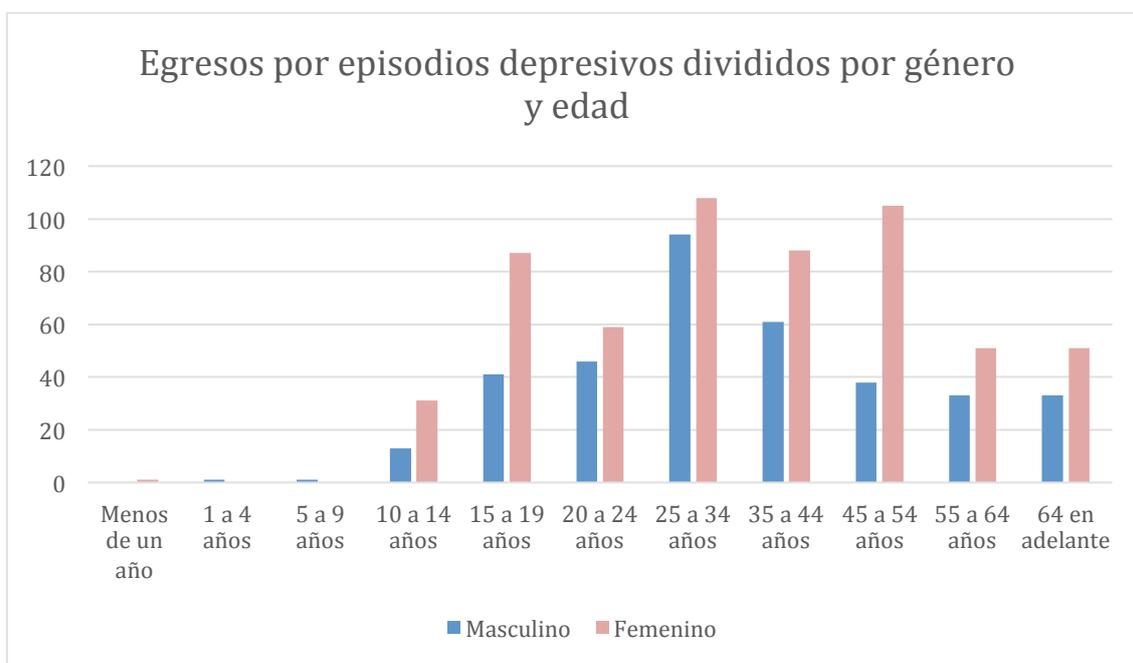
Las cinco provincias con mayores egresos hospitalarios por trastornos del humor son: Pichincha con 604, Guayas con 369, Azuay con 131, Loja con 81 y Chimborazo con 74. (Sección 3.1.12 INEC & CIE 10, 2014)

Los episodios depresivos son parte de la sección 3.1.13 sobre morbilidad según días de estadía y grupos de edad. Estos datos revelan que las personas que son internadas por episodios depresivos en promedio permanecen 10 días en el hospital. Las personas entre 25 y 34 años presentan la mayor cantidad de egresos con 202 personas en total. El siguiente cuadro muestra la cantidad de egresos por edades:

Gráfico 1: Egresos hospitalarios



Finalmente, la sección 3.1.14 del INEC ofrece información sobre egresos, número de estadía por grupos de edad divididos por género. Estos datos muestran que los hombres tienen en promedio 13 días de estadía mientras que las mujeres permanecen en promedio 8 días. El grupo de edad tanto en hombres (94) como en mujeres (108) con mayor cantidad de egresos hospitalarios por episodios depresivos es de 25 a 34 años.

Gráfico 2: Egresos por edades y por género

3.3. La Salud mental en Ecuador comparado a otros países

Esteban Utreras, sicólogo clínico, asegura que en Ecuador no se le da la suficiente importancia a la salud mental, uno de los mayores problemas, recalca, es la falta de investigación, donde ni siquiera se sabe cuánto le cuesta al país la discapacidad mental. Además los hospitales psiquiátricos no han cambiado en nada en las últimas décadas ni se han abierto nuevos. El problema fundamental es el desconocimiento de enfermedades mentales, la falta de educación de la cultura en general, siendo un problema general público y mundial.

El doctor Adrián Lozano, Psiquiatra reconocido a nivel nacional nos habla acerca de cómo la depresión existió desde el inicio de la humanidad. Estudio en la Universidad Central del

Ecuador y forma ahora parte de la Sociedad Ecuatoriana de Psiquiatría, la Sociedad Norteamericana de Psiquiatría y el Departamento de Psiquiatría del Hospital General de Massachusetts y del Hospital Metropolitano de Quito; teniendo como especialidad la Psiquiatría clínica y la psicofarmacología enfocada en la depresión y bipolaridad. Nos dice que "es un problema a nivel mundial, no solo a nivel del Ecuador, siendo la causante de suicidios categorizada como la razón número tres de muertes en el mundo; y que se considera que en 10 años va a ser la razón número uno de muertes. Siendo ahora ya una pandemia" (Lozano, 2015). Viendo la gravedad de esto, y los posibles escenarios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ecuador y organización Panamericana de la Salud (OPS) crearon junto al Ministerio de Salud Pública un plan denominado "Cooperación Enfocada en el País", mediante a la "Estrategia de Cooperación con el País" de la OMS y OPS para poder así desarrollar la salud en el mundo para que seas así más efectivos teniendo una orientación estratégica y cooperación técnica para que se cumplan con las necesidades específicas de cada país. "Para centrar la cooperación en las necesidades y requerimientos de los países" (OPS, 2009) esperando así un futuro sin muertes a causa de suicidios por enfermedades mentales como la depresión.

Argumenta que las causas, desencadenantes y tratamientos de este trastorno ha ido variando con el tiempo, al igual que la perspectiva que tienen las personas hacia ella. A través de la historia, tener una enfermedad mental era algo aceptado, normal; los griegos, árabes, asiáticos varios siglos antes de Cristo, tenían ya sistemas de tratamiento. "Tenían hospitales psiquiátricos, centros de reposo, la acupuntura, la grife, el hidromasaje" (Lozano, 2015). Fue después, que conjunto a la religión, la perspectiva de las personas

fueron cambiando, catalogando a las personas con estas enfermedades como si sufrieran de posición demoniaca. "Desde ahí nace el prejuicio...alrededor de los años 70 después del descubrimiento del Big-Bang, la ciencia avanza y nos hizo entender que el cerebro es otro órgano como el hígado, como el páncreas que puedes sufrir de una enfermedad así como si te da diabetes, aquí te puede dar depresión. Ahora se sabe que este es un problema químico - genético, que te puede dar por diferentes situaciones desde la relación de la lactancia de un bebe hasta ser sobreprotegido, maltratado o violentado, etcetera..." (Lozano, 2015).

De la Torre y Utreras resaltan la falta de apoyo dentro de la comunidad para una recuperación integral. Utreras afirma que en California existen páginas web donde las personas con depresión pueden encontrar grupos en diferentes sectores de la ciudad. A esto lo denominan "Casas de Crisis" las cuales son estatales y en ellas se trabaja con pequeños grupos de personas que sufren por abusos de sustancias y trastornos mentales. En Ecuador no existen estos grupos donde la gente pueda ser escuchada y los gastos sean cubiertos por el estado (Utreras, 2015). La Doctora Martha de la Torre es Neuropsicóloga y Neuropedagoga especializada en España y Chile y ex docente de la primera generación de neuropsicología en la Universidad Central. Ella también afirma que es un grave problema problemas en cuanto a salud mental que en Ecuador haya una carencia de grupos de apoyo ya que estos grupos son importantes porque permite a la gente sentirse respaldada y compartir estrategias de cómo han afrontado sus situaciones.

En Quito, lo más cercano que existe a centros de apoyo terapéutico públicos por trastornos afectivos son los seis Centros de Equidad y Justicia ubicados en las distintas

Administraciones Zonales del Distrito Metropolitano de Quito. Sin embargo, estos centros no tienen atención terapéutica específica para trastornos afectivos por causas distintas a la de violencia. Los centros se enfocan en atención a gente, que ha sufrido de delitos sexuales y violencia intrafamiliar. Sus servicios gratuitos son mediante asesorías de psicólogos, trabajadores sociales y profesionales en el área legal (Prensa Quito, 2013).

Anabella Castelletti, sicóloga conductual especializada en Argentina y certificada en Ecuador resalta las diferencias que ha encontrado en los 7 años que ha realizado consultas en Ecuador comparado con su experiencia en Argentina. Ella afirma que el servicio de los psicólogos en Ecuador no es lo suficientemente apreciado y el de un psiquiatra no es entendido, “un psicólogo es visto como un ayudante del psiquiatra y no como un especialista indispensable en un proceso de recuperación.” Otra de las mayores diferencias que ella encuentra es que en Argentina los seguros cubren tratamiento de trastornos afectivos mientras que en Ecuador ninguna aseguradora lo hace. Castelletti afirma que la mayor diferencia que encuentra entre Ecuador y Argentina es que en Argentina la salud mental es parte de la salud global, no algo separado y se la pone al mismo nivel de otras enfermedades, algo que no pasa en Ecuador.

3.4. La depresión en Ecuador

En Ecuador la Salud Mental no ha tenido la importancia que debería, la reducción de camas hospitalarias en el área de siquiatría demuestra que el gobierno no ha generado conciencia sobre la necesidad de atención a trastornos mentales. Un estudio a profundidad realizado por el Observatorio de Seguridad Ciudadana de Quito reveló que en el 2014 hubo 9

suicidios por cada 10.000 habitantes. En Quito, la tasa de suicidios es más alta que la de homicidios (6 por cada 10.000 habitantes) En el 2014, de los suicidios registrados, 79% fueron de hombres y 24% de mujeres. El 80% de estos suicidios son causados por la depresión y podrían ser detectados si existiera mayor consciencia sobre este trastorno y centros especializados en la atención a gente que sufre de depresión con grupos de apoyo terapéuticos. (Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana, 2014)

Existen factores de riesgo en Ecuador que hacen que una persona sea más vulnerable a padecer un trastorno afectivo especialmente si genéticamente es propenso a deprimirse. Uno de los factores es el género ya que las mujeres internalizan mucho más los síntomas y por eso pasan más desapercibidas y se les diagnostica más tarde. Cada vez existe más incidencia en edades tempranas a pesar de que la edad promedio en que una persona puede desarrollar un cuadro depresivo es a partir de los veinticinco años. Hay tres factores antes de los veinticinco años que tienen que ver con cronicidad, lo que quiere decir que si alguien desarrolla depresión a temprana edad sus síntomas van a ser más agudos y tener mayor vulnerabilidad a recaer. Otro de los factores es que si la recuperación no fue completa también aumentan las probabilidades de tener nuevamente un episodio depresivo. En Ecuador hay pocas personas que hacen completo su tratamiento y por eso hay tantas recaídas (Utreras, 2015). De igual manera el Dr. Adrián Lozano, nos comenta que otra de las razones por las cuales las personas recaen tanto en las depresiones es por falencias que pudieron tener en la infancia, " todo está muy vinculado a la educación que cada persona tuvo, a cómo fue su infancia, la niñez provoca la fragilidad o fortaleza de cada individuo con respecto a la depresión" (Lozano, 2015).

En Quito existe el Centro de Rehabilitación Neuropsicológica y Neurológica CERENI, especializado en tratar daño cerebral adquirido y en ayudar a los familiares de las personas afectadas. Su técnica principal es la neuropsicología, la cual se encarga de entender cómo la conducta humana es afectada por eventos traumáticos. En Ecuador el estudio neuropsicológico es nuevo, en el 2000 había sólo tres especialistas entre ellos la Doctora Martha de la Torre, Directora de CERENI, aproxima que existen 50 expertos en todo el país. Según ella, la neuropsicología es una fusión entre la psicología y la neurología. De esa manera se estudia las conductas humanas y como el sistema nervioso, cerebro y neurotransmisores afectan la misma. Este se especializa en tratar a personas que pasaron por traumas físicos que afectaron sus capacidades o que nacieron con alguna discapacidad. Estas personas a las que tratan también tienen que ayudar tratando sus cuadros depresivos. Para ello, su ayuda es a través del subconsciente, mostrándoles gráficos que les ayuden a comprender mejor el comportamiento que deben mostrar según su contexto. Así, reeducan a la gente en funciones de la vida diaria. Otra técnica es trabajar el problema desde otro sector cerebral, ya que las emociones se proyectan según el entorno. El ser humano se comunica corporal y verbalmente, pero alguien que se siente desanimado no quiere hablar y es entonces cuando se usa el arte para que una persona pueda proyectar sus emociones, es decir, a comunicar sin hablar. En CERENI se analiza los gráficos que realizan los pacientes como parte de un análisis para saber cómo se están sintiendo. Sin embargo, de la Torre aclara que es una herramienta de proyección y complementaria pero no una solución. Además CERENI asesora a los padres de niños con capacidades especiales, ya que ellos también desarrollan cuadros depresivos al ver a sus hijos con limitaciones.

Gabriela Betancourt, psicóloga clínica y dueña del centro de psicología integral Aysana, nos comenta que muchas veces se trata a las personas cuando ya es tarde, que la mayoría de personas que desencadenan en alguna etapa de su vida depresión es por tener falencias en su niñez. “No es por que sus padres sean malos padres o que haya tenido un trauma de gravedad, simplemente algo le paso que tiene la enfermedad esperando a un detonante para desarrollarla”. Es lo que pasa con muchas personas, no siempre el detonante es el causante de la depresión. Aclara que de igual forma existen personas que no siguen ningún tipo de tratamientos, y existen varias razones para esto. Pero lo recomendable es que busquen algo que les ayude a generar interés y sentido de pertenencia. Nos comenta que ahora en este siglo, es muy común que la depresión sea causante de la soledad que las personas sufren en el transcurso de su vida. Y habla que el gobierno a pesar de que ya haya impuesto en todos los hospitales, atención de psiquiatría y psicología, no existen los procesos o regulaciones adecuados, ya que ni siquiera existe un diagnóstico general.

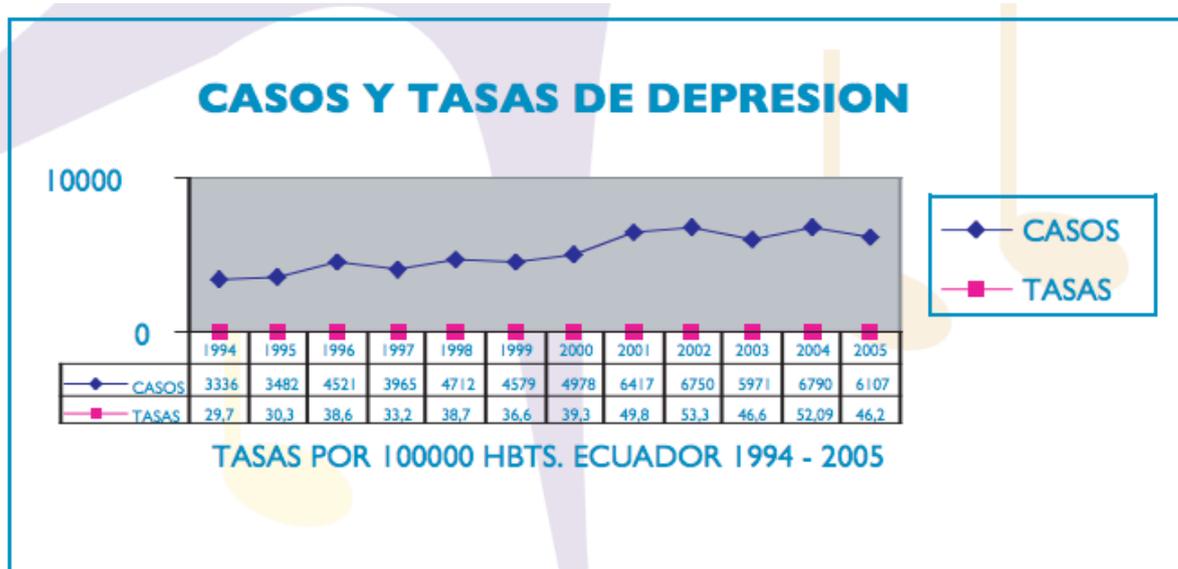
Graham Pluck, Ph. D. en psicología y neurociencia clínica, ha sido académico e investigador en universidades de Europa, Asia y Sudamérica. Actualmente reside en Ecuador donde dicta clases de psicología en la Universidad San Francisco de Quito y está desarrollando un Centro de Investigación en Neurociencia “The Quito Brain Behavior Laboratory”. El asegura que la depresión se manifiesta más comúnmente a través del desinterés y falta de motivación. Castelletti concuerda en que la falta de interés es una de las señales más evidentes de un cuadro depresivo, pero como psicóloga resalta la necesidad de dialogar primero con el paciente y preguntar todos los síntomas y su intensidad, una buena entrevista permite un buen diagnóstico. Pluck afirma que no se conoce con certeza que causa la depresión pero que experiencias traumáticas

hacen vulnerable a una persona a tener este trastorno afectivo especialmente si genéticamente tiene mayor riesgo a presentar un cuadro depresivo desencadenado por su entorno social. La función del cerebro no es únicamente números, letras, leer o escribir, de la Torre resalta también el comportamiento. Así, cuando una persona pasa por un trauma fuerte su comportamiento se ve alterado. Cuando elementos del cerebro se ven afectados, las emociones cambian (de la Torre, 2015). El Dr. Adrián Lozano argumenta que en un principio existían teorías que el cerebro y la mente no estaban ligados, ahora se sabe gracias a las investigaciones, que son uno solo "la conducta es genética y química, y que se puede modificar en un futuro la genética se va a poder modificar las enfermedades mentales" (Lozano, 2015). Como referencia se tiene a Eric Kandel, científico estadounidense, médico psiquiatra destacado en la neurofisiología y ganador de un Premio Nobel en el año 2000, "sabemos ahora que todo estado mental es un estado del cerebro y que toda perturbación mental es una perturbación del funcionamiento cerebral. Los tratamientos están destinados a modificar la estructura y el funcionamiento del cerebro" (Revista Perfil, 2007).

En Ecuador la gente no se da cuenta lo serio que puede ser padecer de depresión. Es un país en desarrollo y países en desarrollo tienen mayor tendencia a tener una tasa más alta de depresión porque contextos como la agresión y el machismo contribuyen a este problema. La gente de escasos recursos económicos generalmente no busca ayuda (Pluck, 2015). Según el Ministerio de Salud, las mujeres por su vulnerabilidad son más propensas a sufrir de la enfermedad ya que están socialmente más predispuestas, aparte de que sufren cambios neuroendocrinos por el embarazo y la menstruación (Ministerio de Salud, 2015).

La depresión es un problema del cual los gobiernos deberían preocuparse más porque es una de las mayores causas de discapacidad en todo el mundo y su duración y permanencia hace que las personas que lo padecen no tengan deseos de participar en actividades importantes como ir al trabajo y esto hace que familias enteras sufran de problemas económicos que no sólo los afectan a ellos sino que sumados afectan a la economía nacional. Así que es costoso no invertir en la salud mental (Pluck, 2015).

Gráfico 3: Casos y tasas de depresión



Fuente: (Municipio, 2005).

En Ecuador, lo mínimo que cuesta una terapia para tratar la depresión es \$480 dólares mensuales, cantidad sin tomar en cuenta los medicamentos en caso de que se trate de una sintomatología severa. Una persona con depresión necesita tener una vez por semana una hora de psicoterapia, una de terapia grupal y una de terapia familiar. Este tratamiento debe ser constante por lo menos por seis meses, lo que equivaldría a un total de \$2880 dólares. La depresión crónica necesitaría adicionalmente ayuda psiquiátrica la cuál en caso de tener que internar a un paciente puede costar un mínimo de \$1500 dólares al mes más \$200 dólares

en medicamentos. Ningún seguro médico cubre gastos por psicoterapia. Los hospitales psiquiátricos públicos son gratuitos pero su atención es enfocada en tratamientos, no hay terapias gratuitas y terapias médicas sin tratamientos no otorgan las herramientas para superar afectivamente y a largo plazo la enfermedad. Adicionalmente, conseguir turno en un centro público con un psiquiatra puede tomar hasta un mes.

Para Graham, una buena campaña es aquella que logre reducir el estigma. La mejor manera de ayudar a la gente es esparciendo conocimiento e información al respecto para que no se sienta tan sola. El asegura que la gente con depresión se aísla mucho y eso los hace pensar que no hay nadie más pasando por lo mismo. Si logramos que se den cuenta de que la depresión es un trastorno común puede hacerlos sentir mejor e impulsarlos a buscar ayuda. Por eso la comunicación es muy útil. Castelletti recomienda que una campaña, especialmente si va dirigida a un sector socioeconómico bajo, debe ofrecer talleres y charlas especialmente para que mujeres puedan compartir su experiencia y síntomas con otras personas y así no sentirse solas o convencidas de que la sociedad no se equivoca al llamarlas locas. Así como los hombres puedan contar con un sistema de apoyo. Además es importante eliminar el mito de que ir a un psicólogo es un sinónimo de locura o que si vas a un psiquiatra te van a medicar. Hay que difundir los beneficios de la psicología. También hay que despertar el sentido familiar de prestar atención a los síntomas que muestran un cuadro depresivo.

Utreras piensa que es importante que una campaña levante conciencia acerca del diagnóstico en edades tempranas. Es necesario recalcar la importancia de que estas

enfermedades no sólo se desarrollan en adultos sino también en niños y por lo tanto tienen mayor permanencia en el tiempo.

3.5. Perspectiva Social Contemporánea

Germán Maldonado, coordinador de los cursos Socráticos de la Universidad San Francisco de Quito y profesor de ética y filosofía, materia en la cual tiene un Magisterado afirma que la misma estructura que crea la sociedad, crea las enfermedades mentales así como establecen lo que es “normal” “fuera de la medida” “enfermo” o “anormal”. Maldonado respalda el contexto histórico en el que la depresión llevaba el nombre de melancolía palabra que significa por sus raíces “entrañas negras” que en ese entonces era entendido como personas cuyo interior era oscuro por tanto sufrimiento. Sin embargo en esa época la tristeza no era visto como algo malo o medicable como se lo ve socialmente hoy en día. Sino que en ese entonces estas personas eran vistas como diferentes y capaces de ver la vida de otra manera y así plasmar en obras su visión de la sociedad. Un artista no ve la sociedad como los demás sino de una manera distinta que precisamente permite que creen cosas que se diferencien. La sociedad de hoy en día ha “patologizado” la melancolía y la ha establecido como una tendencia curable y hoy es anormal que alguien pueda estar profundamente triste. Sentirse mal es humano pero la sociedad contemporánea ve un problema en eso. La sociedad no admite que alguien pueda tener una visión melancólica y que no se alegre con lo que la masa se alegra.

Una campaña comunicacional es útil si logra la gente con depresión sienta que no está sola, pero a su vez corre el peligro de reforzar las ideas de que estados de desánimo no son

“normales”, cuando el entendimiento de la “normalidad” contemporánea debe ser la diversidad. Hay estándares contemporáneos para normar comportamientos pero eso no es humano. El bienestar no es una medida individual de los estados de ánimo, sino una medida estándar de lo que la sociedad quiere que cada individuo sienta. Es un desafío diferenciar una persona con un cuadro de tristeza de una persona enferma. Los seres humanos deben tener un mejor conocimiento de sí mismos y conocer cuando la tristeza no es una enfermedad. La depresión por factores biológicos es la menos común y es evidente que si hay una deficiencia química debe ser tratada pero es importante que los siquiátras sean prudentes al diagnosticar a alguien con depresión y recetarle fármacos para su recuperación. La medicación es un camino rápido y viable para alguien con recursos pero no es viable para alguien sin recursos porque es caro. Antes de medicar es importante ofrecer a la gente herramientas para afrontar su estado. Utreras afirma que la aceleración para tomar medicamentos o es un problema únicamente de trastornos mentales ni algo accesible sólo para clases sociales altas. La gente piensa que es más fácil tomar pastillas que hacer terapia o buscar alternativas. Es cuando la gente únicamente usa fármacos cuando no desarrollan herramientas para combatir sus estados de ánimo. De esa forma desarrollan mayores probabilidades de caer.

Utreras respalda la idea de que la tristeza no tiene por qué ser algo malo, sin embargo sí es un problema si causa disfuncionalidad. Anabella dice que es común en la sociedad asociar la tristeza con el término depresión, es decir usarla coloquialmente para describir un estado de ánimo persistentemente triste pero este no necesariamente tiene que ser una patología. De hecho asegura que es común recibir pacientes que llegan pensando que tienen depresión pero en realidad sólo están afligidos. Según Utreras, todo depende de los

síntomas, su intensidad y su tiempo de duración. Él respalda manuales de diagnóstico como el DSM, cuando los síntomas han persistido por dos semanas se sabe que la probabilidad de que una persona se recupere sin tratamiento es baja.

En un contexto social, aspectos económicos o políticos afectan a la sociedad pero no necesariamente determinan el bienestar de cada individuo.

Una campaña de comunicación debe informar a la gente sobre la diferencia entre estados normales de desánimo y enfermedades patológicas. Enseñar a la gente a definir lo que les pasa y darles herramientas para afrontarlo.

De la Torre recalca que una campaña que informe y eduque es importante, pero más necesario aún es que empuje a tratar temas de salud mental desde arriba, es decir, que presione al gobierno a mover proyectos y políticas públicas que velen por las necesidades en personas que padecen de un trastorno.

3.6. Medios de prevención y ayuda para la depresión

Deporte

Alexei Darquea es uno de los pocos deportólogos en Quito que realmente se enfoca en de una forma integral en las características físicas del paciente para recomendar un plan de deportes adecuado y efectivo basado en análisis de laboratorio y pruebas físicas. Él explica que el deporte es bueno para la salud mental porque estimula el cerebro progresivamente. A los diez minutos de hacer actividad física se elevan condiciones y se preparan las

articulaciones, a los veinte minutos se empieza a trabajar el sistema hormonal, a los treinta cardiovascular, a los cuarenta respiratorio y de los cincuenta para arriba el sistema nervioso. Después de los sesenta minutos la condición psicológica se trabaja en gran manera y mejora porque se están trabajando un conjunto de sistemas en el organismo.

El recibe constantemente pacientes que han sido diagnosticados con depresión y recomendados por un psiquiatra a asistir complementar su tratamiento con un plan de deportes recetado por un especialista en medicina del deporte. La actividad física de un paciente diagnosticado con depresión no debe ser recreativa, sino de mediana y alta intensidad. En la experiencia que ha tenido con sus pacientes, Darquea afirma que actividades recreativas como únicamente salir a caminar un par de veces por semana no son efectivas. Una persona con depresión tiene un mejor proceso evolutivo cuando realiza actividades físicas competitivas y programadas. Toda actividad física que se haga más de tres veces por semana deja de ser recreativa.

Cuando una persona tiene depresión no tiene deseos de hacer ninguna actividad, mucho menos deporte, a ese paciente se lo debe tratar con tratamientos médicos y rutinas deportivas de alto nivel que impliquen un compromiso.

En Ecuador no existe una cultura de deporte controlado por expertos y esto es un problema porque la gente no está correctamente orientada a hacer la actividad física que realmente necesita según lo que realmente les va a servir. La mayoría de pacientes con depresión que van a un deportólogo a los tres meses ya empiezan a ver los cambios empezando por una menor necesidad de fármacos y con mayor vinculación con su entorno.

En el consultorio del Doctor Darquea todos los pacientes que llegan con depresión diagnosticada están usando medicamentos, quienes tienen depresión mayor y no han decidido tomar medicamentos tienen mayores dificultades para adaptarse a actividades físicas demandantes.

El primer paso es determinar fisiológicamente desde un examen de laboratorio, una prueba perimétrica para evaluar capacidades respiratorias, un electrocardiograma, una prueba de esfuerzo metabólica con consumo de oxígeno para así determinar donde se desperdician nutrientes y el metabolismo. De esta manera se puede prescribir la cantidad de actividad física que debe realizar una persona con depresión y se la evalúa cada doce semanas.

Un deportólogo establece metas que logran que la mente de una persona este distraída y motivada. Una de las mayores ventajas del deporte para ayudar a una persona con depresión es que es una actividad que se puede trabajar en conjunto con otras personas. El hecho de que una persona se relacione ya sea con un entrenador o con un grupo y planteen objetivos hace que la condición depresiva vaya reduciendo. El planteamiento de metas crea motivación y hace que una persona quiera salir a entrenar y relacionarse con su entorno.

En cuanto a la alimentación es importante reestructurar lo que el paciente consume y cuidar que recupere todo lo que pierde al hacer ejercicio.

La actividad física también previene la depresión. Sólo el hecho de hacer actividad física bajo la prescripción médica mejora la calidad de vida pues al tener un plan estructurado hay mayor tendencia a ser constante y así prevenir enfermedades.

Nutrición

La nutrióloga Sofía Marsetti nos comenta que de acuerdo a su experiencia, la nutrición, siendo esta una buena alimentación, va de la mano con los tratamientos de personas que sufren depresión, y de igual manera, ayudan a prevenir. Con su conocimiento por el trabajo, ha tenido pacientes de todo tipo, por lo que nos comenta que en cuestión de tratamientos no puede dar uno específico. Nos comenta que cada uno es diferente, no solo por los síntomas si no por los problemas que tiene y tratamientos por otros especialistas. Lo que nos puede asegurar es que es esencial para el autoestima de las personas ya que visual y físicamente notaran un notorio cambio. Nos comenta, “existen varios estudios que demuestran el impacto de una alimentación balanceada y sus beneficios en pacientes con depresión. Pero más que nada creo que el no tener una alimentación balanceada causa problemas que desatan depresiones. A parte hay que tomar en cuenta que el funcionamiento de nuestro cuerpo se da a través de los nutrientes que absorbemos en la dieta por ende si no comemos correctamente crearemos un desbalance”. A parte, ahora a causa de los estereotipos y juicios sociales, existen muchos pacientes de depresión que se desato por su desconformidad de su apariencia, por lo que una buena alimentación no solo le ayudara a verse mejor, a sentirse mejor, si no tendrá más energía y una salud más fuerte.

Con respecto la depresión, trabajan en conjunto con los psiquiatras, ya que la nutrición crea un balance físico y emocional al momento de dejar los fármacos, “En base a mi experiencia e visto pacientes que durante el tratamiento dejan de tomar medicamentos y se sienten mucho más estables. Sus doctores se encuentran tranquilos y felices con los resultados”.

Por otro lado, nos habla que no existen muchos profesionales o clínicas que traten específicamente la nutrición con relación a problemas mentales, comenta que no saben los procesos que pasan en las diferentes partes del cuerpo. “Muchos especialistas piensan que si es una enfermedad mental, se tiene que tratar solo el cerebro y con medicina” y eso no es lo correcto. “Existe procesos dentro de nuestro organismo que deben mantenerse y que pueden verse afectados por una mala alimentación como por ejemplo un tracto gastrointestinal llenos e bacterias y con baja flora lo cual produce un déficit de absorción lo cual causa problemas e el cerebro que puede desencadenarse en cambios de humor, memoria deficiente entre otros lo cual causa depresión y frustración en los pacientes. Muchos especialistas no saben que la serotonina también existe en el intestino delgado, y a pesar de que esta no pasa al cerebro, influye y a través de fluidos internos influye en el comportamiento de las personas. Argumento que es necesario tener una buena alimentación tanto para las personas que sufren de esta enfermedad como a las que no ya que ayuda a evitarla. En conjunto con el deporte y tratamientos adecuados, los resultados son exitosos. “Una alimentación balanceada no solo beneficia s estado de salud pero también a su salud mental y autoestima”.

3.7. Fundaciones

En Quito existen dos fundaciones que trabajan de cerca con trastornos mentales, específicamente la depresión. Uno de ellos es The Center también conocido como Fundación CreSer la cual durante 14 años ha ayudado a gente con depresión, ansiedad, trastornos alimenticios y adicciones. Su misión es el tratamiento profundo físico, emocional y espiritual.

Su fundadora y directora Mónica Guarderas asegura que en Ecuador la salud mental no es tomada en serio y como tal es muy complicado que una fundación de este tipo reciba apoyo así que jamás han recaudado dinero, por esta razón no ayudan a la gente gratuitamente pero si existe una política de costos diferenciados en la que cobran únicamente \$10 dólares por terapia grupal, comparado a los \$20 dólares que cobran a la gente que puede pagar este valor. Estos grupos son semanales y han llegado a recibir hasta 35 personas por sesión. Es complicado ofrecer tratamientos gratuitos ya que no son valorados por la gente y sobretodo no tienen constancia y además no cuentan con los fondos como fundación para sustentarse.

Durante 15 años Mónica ha mantenido diálogos con importantes representantes de salud en el gobierno tratando de impulsar distintos proyectos que al final se han visto abandonados porque el gobierno afirma no tener dinero para aportar a la salud mental. Ella ha presentado proyectos tanto en el Ministerio de Salud como en el del Buen Vivir en temas de prevención, capacitación a centros de salud, tratamientos, entre otros. Uno de los proyectos presentados fue la elaboración de un kit emocional para poder llegar a distintos sectores de la ciudad con información preventiva que la gente pueda usar para entender cuáles son las características de un trastorno emocional, cómo identificarlo y sus soluciones. Este proyecto no fue aceptado y la fundación no estuvo en posibilidades de financiar esto.

La segunda fundación que existe en Quito que trabaja de cerca con personas que sufren de problemas afectivos es Fundación Teléfono Amigo la cual ha existido en el país por 25 años con el servicio de escucha por teléfono de forma anónima confidencial y gratuita. Este servicio lo hacen a través de voluntarios que no necesariamente tienen que ser profesionales en psicología. Adicional a esto, Teléfono Amigo ofrece orientación psicológica a

instituciones y empresas gratuitamente y con profesionales para poder prevenir trastornos afectivos o instruir a la gente a reconocer que padecen uno. Esta idea de los teléfonos de emergencia nace en Londres en 1953 después de que un joven se suicidara por no recibir ningún tipo de ayuda ni poder descargar sus emociones. Por ello un sacerdote estableció una línea telefónica pública donde la gente pudiera llamar y tener alguien que los escuche.

Su misión es brindar a la sociedad ecuatoriana un servicio gratuito de escucha telefónica activa, sin aconsejar ni juzgar, a través de voluntarios altamente capacitados que proporcionen atención anónima, afectuosa, comprensiva, empática, no proselitista y estrictamente confidencial. Su visión es Convertirnos en una organización líder en el servicio de escucha telefónica activa, con cobertura a nivel nacional y de forma gratuita e ininterrumpida, que contribuya a la construcción permanente de una sociedad más solidaria e inclusiva.

El servicio principal de Teléfono Amigo es la escucha activa que quiere decir la disponibilidad de forma inmediata y sin tener que sacar cita previa para que una persona pueda descargar aquellas situaciones que le causan conflictos internos en una sociedad donde la depresión es cada vez mayor. Los voluntarios que atienden las llamadas son capacitados y atienden empáticamente pero no ofrecen soluciones.

Mónica Carrera, su actual directora asegura que su interés es reducir la tensión que un problema emocional pueda causar para que así la persona pueda tomar la decisión correcta. Ella asegura que diciembre es el mes más complicado y con mayor cantidad de llamadas por la gran soledad que siente la gente en esta época. En Quito existen 22 voluntarios de todas

las edades. En el 2014 hubo 1500 llamadas en el año. Por estado civil, los solteros son los que más solicitan el servicio (50%), seguido de los casados (30%) y los divorciados (20%). Por edad, las personas que están dentro de la faja etaria de 40 a 60 (55%), a continuación se sitúan las de 20 a 40 años (30%) y las de más de 60 años con el 15%.

En el 2013 ingresaron 1418 llamadas en Quito, En este periodo se incrementó las llamadas en un 30% con respecto al 2012, sin embargo hubieron un 25% de llamadas que no fueron registradas, por lo que en resumen se recibieron 1800 llamadas.

Según Carrera uno de los mayores obstáculos para la fundación es no tener un lugar propio para recibir las llamadas. Actualmente CNT les presta una pequeña oficina como parte de su programa de Responsabilidad Social, pero ya les han pedido que desalojen el lugar. Otra de sus necesidades es estrategias de difusión para que la gente pueda conocer sobre este servicio. Teléfono Amigo también quisiera tener más herramientas para la comodidad de sus voluntarios quienes pasan horas a lado de las líneas telefónicas para quienes sería de mucha ayuda diademas de manos libres o sillones más confortables. Ellos son una fundación autofinanciada a través de donaciones de sus mismos voluntarios quienes toman dinero de su propio bolsillo cada vez que la fundación necesita de material o recursos.

Por otro lado como tercer lugar encontramos a Aysana que es un Centro de Psicoterapia Integral en Quito, en donde ayudan a personas con problemas psicologicos con diferentes tipos de tratamientos. Es una entidad privada, pero a pesar de tener una tarifa regular, ayudan a personas con escasos recursos no solo con consultas si no tambien crean

programas de tratamientos integrales. “En estas no solo viene el paciente, se trata a todos sus allegados, a sus familiares sobre todo para que en conjunto se puedan tratar”. Como sus servicios, tienen terapias de todo tipo (personales, a sus familiares, y de apoyo), son una de las pocas en el país que tratan de relacionar a personas con los mismos problemas para que entre ellos se cree una terapia personal y más efectiva.

Lo que hacen con las personas que tienen depresión, por primer lugar, es reconfirmar el diagnóstico. Una vez que sepan que clase de depresión tienen, cuáles son sus síntomas y las causantes, eligen el tipo de tratamiento que mejor va con esa persona. “Los tratamientos generalmente, para que tengan los mejores resultados, tienen que durar por lo menos un año.. las personas diagnosticadas con depresión tienen que venir dos veces a la semana, la primera sesión es individual y la segunda grupal y al final del mes una vez más para un análisis y retroalimentación de los avances”. No es partidaria de la medicina, ya que cree que es altamente adictiva. Sus tratamientos son más de terapia psicológica y cree que es una de las falencias más grandes en el país, que muchos de los médicos que ejercen aquí, ven a estas enfermedades como un negocio. No está en contra de los antidepresivos, pero tienen que ser realmente controlados. “Existen estudios que comprueban que los antidepresivos generan ideación suicida...que a largo plazo no solo generan adicción sino efectos contraproducentes”. Exige y aclara que hay que tener mucho cuidado con la medicina. Argumenta que para ella, la necesidad más grande en el país es la de informar a la sociedad acerca de la enfermedad y capacitar a los profesionales para que así no receten por recetar o no den un mal diagnóstico. Cree que el conocimiento es la herramienta más útil para un progreso, y conforme la sociedad vaya cambiando, obligarán al gobierno a poner más

atención a la salud mental para que de esa forma existan mejores planes, más ayuda y un mejor servicio.

3.8. Plan de Salud Mental por el Ministerio de Salud

En el Ecuador, la salud mental no es aun tan desarrollada como en otros países. Roberto Celi, ex gerente del Ministerio de Salud nos habla acerca de los planes que tienen para mejorar estas falencias en el país. El ministerio tiene como definición a la salud mental como "un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Se basan en la Organización Mundial de la Salud y en la Organización Panamericana de la Salud para sus definiciones en conjunto con la Academia Americana de Psiquiatría que dice que la salud mental es:

1. Estar bien consigo mismo
2. Estar bien con los demás
3. Enfrentar las exigencias de la vida diaria

Según Roberto Celi, en el 2005, gracias a investigaciones y a resultados estadísticos que tuvieron, se dieron cuenta del grave problema de las enfermedades mentales. Específicamente de la depresión ya que al pasar de los años vieron el aumento que esta tuvo, en conjunto con los suicidios e intento de suicidas. El Doctor Especializado en psiquiatría Nelson Samaniego, ex tratante del Hospital Julio Endara y profesor de la Universidad Central del Ecuador, nos cuenta que "dadas las cifras notadas se debe concluir que la depresión debe ser tratada por cualquier médico general ya que es una enfermedad

tan igual como a cualquier otra patología en sus inicios" (Samaniego, 2015). Roberto Celi de igual forma argumenta que ahora se está intentando implementar dentro de las carreras afines a la salud que los médicos se especialicen en la salud mental, con becas y programas que refuercen sus conocimientos y ya han incorporado que dentro de las carreras se les de a todos los doctores conocimientos básicos del tema.

GRÁFICA DE CASOS Y TASAS DE DEPRESION

Nos cuenta que en conjunto con el Ministerio de Salud, los 5 fármacos que ayudan a equilibrar la serotonina son:

Gráfico 4: Inhibidores selectivos de recaptación de las serotonina

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE LAS SEROTONINA (ISRS)

FARMACOS	DOSIS PROMEDIO
Fluoxetina	20 – 80mg/día
Sertralina	50 – 200mg/día
Paroxetina	20 – 80mg/día
Fluvoxamina	100 - 200mg/día
Citalopran	20 – 80mg/día

Fuente: (Ministerio de Salud, 2005)

Los cuales ayudan de manera radical en el tratamiento.

Roberto Celi lanzo ya un proyecto de salud mental en julio del 2014, que la transformaron en la primera política pública del país teniendo en cuenta la gravedad del problema y como este ha estado afectando a los ecuatorianos. En conjunto con el gobierno, ya se tiene un

documento base en donde se establecen todos los lineamientos, que sirve para saber cómo abordar a las enfermedades mentales a nivel general. Su proyecto se llama "Plan estratégico de Salud Pública" y han recibido el apoyo tanto nacional como internacional "como la OPS" (Celi, 2015). Nos habla que están tratando de cambiar el modelo que antes se tenía en que los hospitales especializados en salud mental no se vuelvan de estadía permanente. "Descubrimos que las personas se vuelven crónicas al estar mucho tiempo en estos centros... lo ideal es que se incorporen a la sociedad y traten de llevar una vida normal y para esto el plan quiere capacitar tanto a profesionales como a las familias" (Celi, 2015). Nos comenta que el plan ya está en funcionamiento, creando también ahora centros de ayuda especializada en más lugares del país y tienen como propósito seguir capacitando a los especialistas para que puedan lidiar con estas enfermedades. "Comprender la complejidad de lo que es la salud mental, socializar a la enfermedad y sensibilizar a la sociedad es el propósito básico". Ha tomado años para desarrollar este plan, pero nos comenta que también se han creado "casas de acogida" para las personas que necesiten supervisión pero les ayudan en conjunto a terapias a comenzar a acoplarse con la sociedad con tareas básicas. Buscan de igual forma regular la atención, los tratamientos y terapias de la salud mental, tanto a nivel interno público, como las entidades privadas.

En el Valle de los Chillos se encuentra el Hospital Psiquiátrico privado San Juan de Dios, a esta institución acuden personas de todo tipo de clase socioeconómica siendo más frecuente personas de clase media, los costos son accesibles especialmente para atención ambulatoria. En el caso de hospitalización el costo varía en relación al tipo de hospedaje y el tratamiento farmacológico que vaya a recibir un paciente y requerimientos adicionales pero fluctúa entre los 1500 dólares por mes. No existe un subsidio como tal para personas que

no puedan acceder a los servicios por motivo económico, ni el estado hace ningún aporte con esa figura a la institución ya que es considerada un entidad privada, lo que hacen es direccionar a esta población hacia la casa asistencial con razón social que es el Albergue San Juan de Dios donde pueden acceder a varios servicios, incluso de forma gratuita.

El tratamiento de una persona que sufra un cuadro afectivo en este caso la depresión tiene algunas consideraciones: en primer lugar si puede realizarse de forma ambulatoria o bajo hospitalización dependiendo de la severidad de la sintomatología. Fundamentalmente se basa en un esquema farmacológico y un proceso psicoterapéutico, el tratamiento farmacológico lleva algunas semanas. Si se trata de un régimen hospitalario el tiempo de permanencia mínima es de 8 semanas, variando siempre de la respuesta del paciente y el grado de mejoría que presente.

Hay otros factores involucrados que marcan el tiempo de permanencia, en primer lugar el alejamiento de la familia, la situación laboral, entre otros. Toda familia en la que uno de sus miembros sufra algún tipo de patología no únicamente de carácter emocional, sufre en cierto grado el padecimiento, especialmente si consideramos a un individuo no como un ser aislado sino como un ente socio-familiar por lo que el trabajo terapéutico incluye también la terapia familiar.

3.9. Resultados de Encuestas

Como se menciono anteriormente, se realizo encuestas de 15 preguntas entre abiertas, cerradas y de opción múltiple a diferentes tipos de personas de diferentes realidades

socioeconómicas, culturales y demográficas. Se los dividió en cuatro grupos diferentes, dos grupos de hombres y dos de mujer en los que se diferencian por el nivel socioeconómico.

Hombres nivel socioeconómico alto (40 personas)

Se encuentran entre los 15 y 44 años de edad, y tienen un 95% de conocimiento de la definición de depresión, dato que fue comprobado al tener un 50% de al momento de elegir la definición, eligió la correcta, siendo esto un problema y una ventaja ya que muchas de las personas no sabían realmente lo que es. El 60% de estos hombres conocen a personas que han sido diagnosticado con depresión del cual el 60% no se siente cómodo decir libremente que la tiene y un 53% ha ido alguna vez a ver un especialista. Las respuestas más comunes de los hombres de enfrentar la enfermedad fueron:

- Los problemas se deben enfrentar por uno mismo
- Las medicinas solo calman mejor poner fuerza y enfrentar uno mismo o con de otros modos

Hombres nivel socioeconómico bajo (47 personas)

Se encuentran entre los 20 y 55 años de edad, y tienen un 94% de conocimiento de la definición de depresión, dato que fue comprobado al tener un 83% de al momento de elegir la definición, eligió la correcta. El 49% de estos hombres conocen a personas que han sido diagnosticado con depresión del cual el 68% no se siente cómodo decir libremente que la

tiene y un 53% ha ido alguna vez a ver un especialista. Las respuestas más comunes de los hombres de enfrentar la enfermedad y buscar a un especialista fueron:

- Que las personas necesitan desahogarse y hablar con alguien de sus problemas
- Tratar de encontrar algo que les falta que se sienten inestables.

Mujeres nivel socioeconómico bajo (35 personas)

Se encuentran entre los 20 y 55 años de edad, y de las cuales el 100% dice tener conocimiento de la definición de depresión, dato que fue negado al tener un 71% de respuestas correctas al momento de elegir la definición. El 74% de estas mujeres conocen a personas que han sido diagnosticado con depresión del cual el 74% no se sienten cómodas decir libremente que la tiene y un 57% ha ido alguna vez a ver un especialista. Las respuestas más comunes entre las mujeres de enfrentar la enfermedad y buscar a un especialista fueron:

- Que es necesario para poder trabajar en los problemas que cada uno tenga
- Desahogarse

Mujeres nivel socioeconómico alto (35 personas)

Se encuentran entre los 20 y 34 años de edad, y de las cuales el 91% dice tener conocimiento de la definición de depresión, dato que fue negado al tener un 69% de respuestas correctas al momento de elegir la definición. El 77% de estas mujeres conocen a

personas que han sido diagnosticado con depresión del cual el 71% no se sienten cómodas decir libremente que la tiene y un 66% ha ido alguna vez a ver un especialista. Las respuestas más comunes entre las mujeres de enfrentar la enfermedad y buscar a un especialista fueron:

- Que es necesario para poder sentirse mejor y poder solucionar sus problemas
- Desahogarse
- Para encontrar soluciones

Gráficos generales

1. ¿Sabes qué es la depresión?
2. Elige la definición de depresión
3. ¿Conoces alguien diagnosticado con depresión?
4. ¿Si es que sufrieras de depresión e sentirías cómodo de contarlo o que la gente se entere?

Gráfico 5: ¿Qué sería lo primero que pensarías si conocieras a una mujer con depresión?

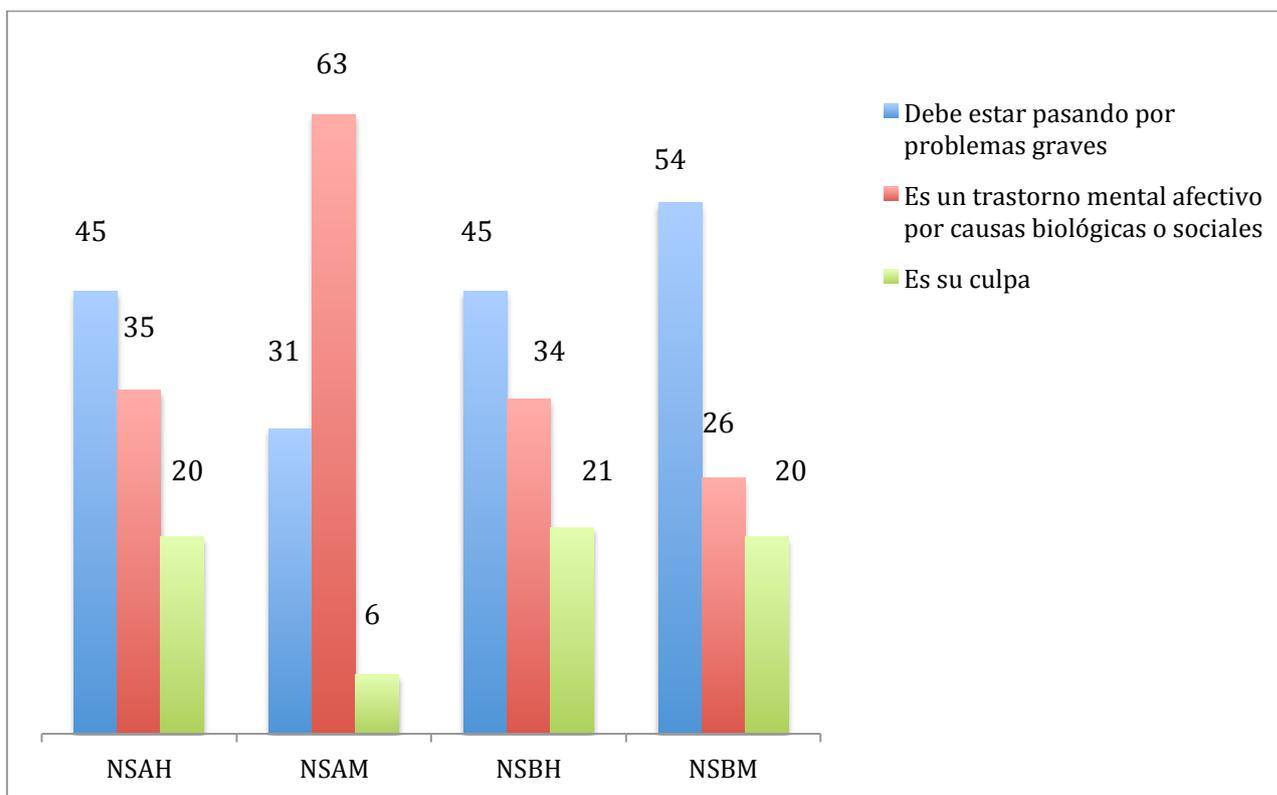


Gráfico 6: ¿Qué sería lo primero que pensarías si conocieras a un hombre con depresión?

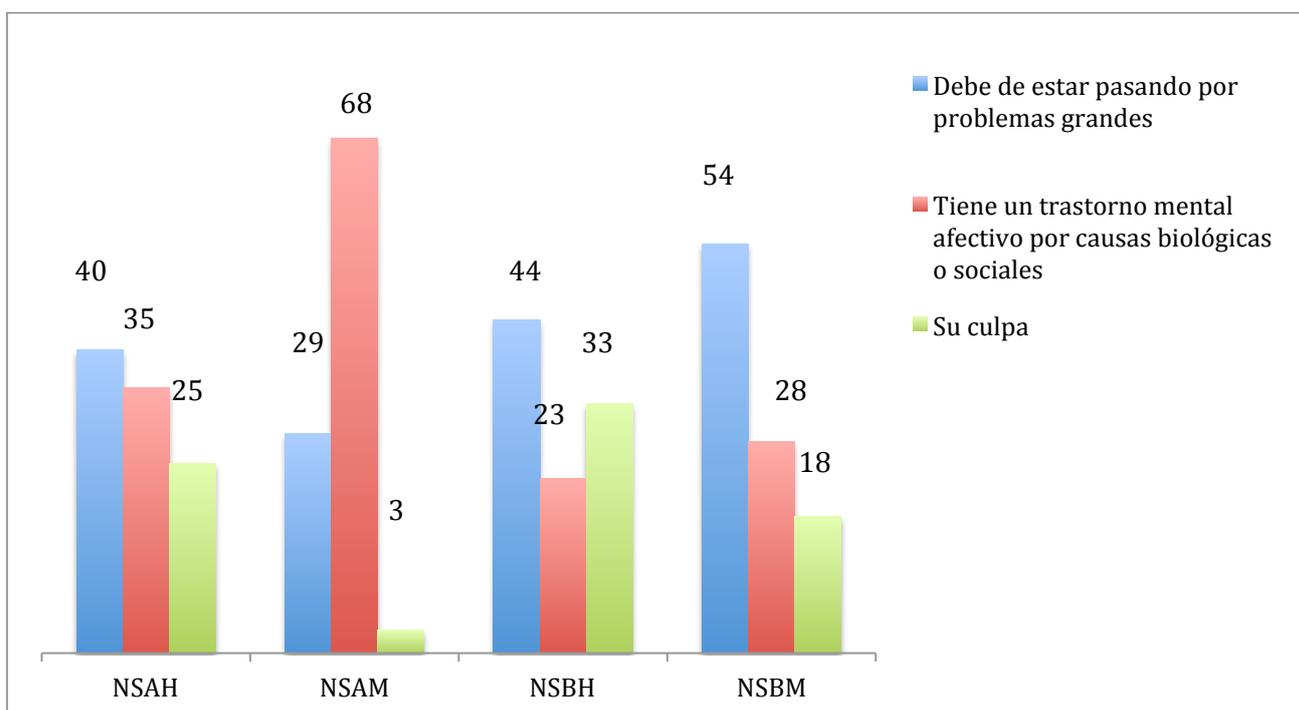


Gráfico 7: Califica esta afirmación: “Es común que los hombres piensen que si una mujer sufre de depresión esta loca”

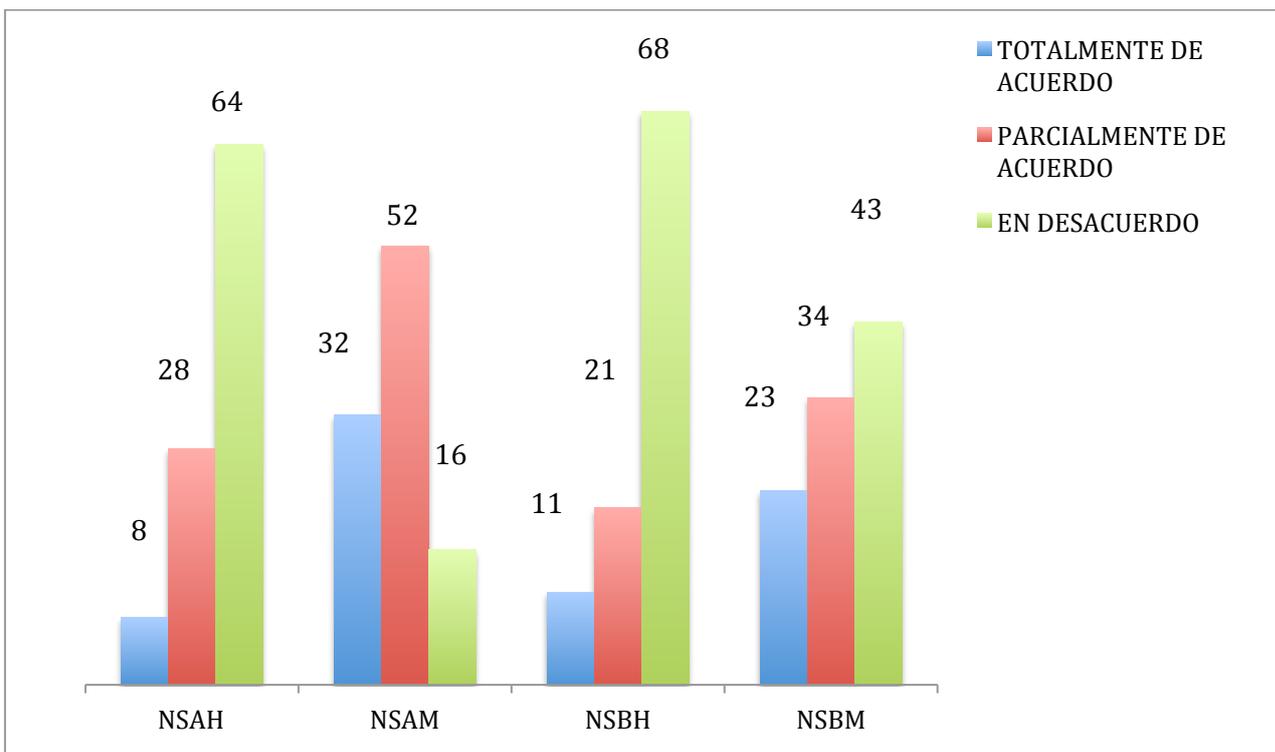
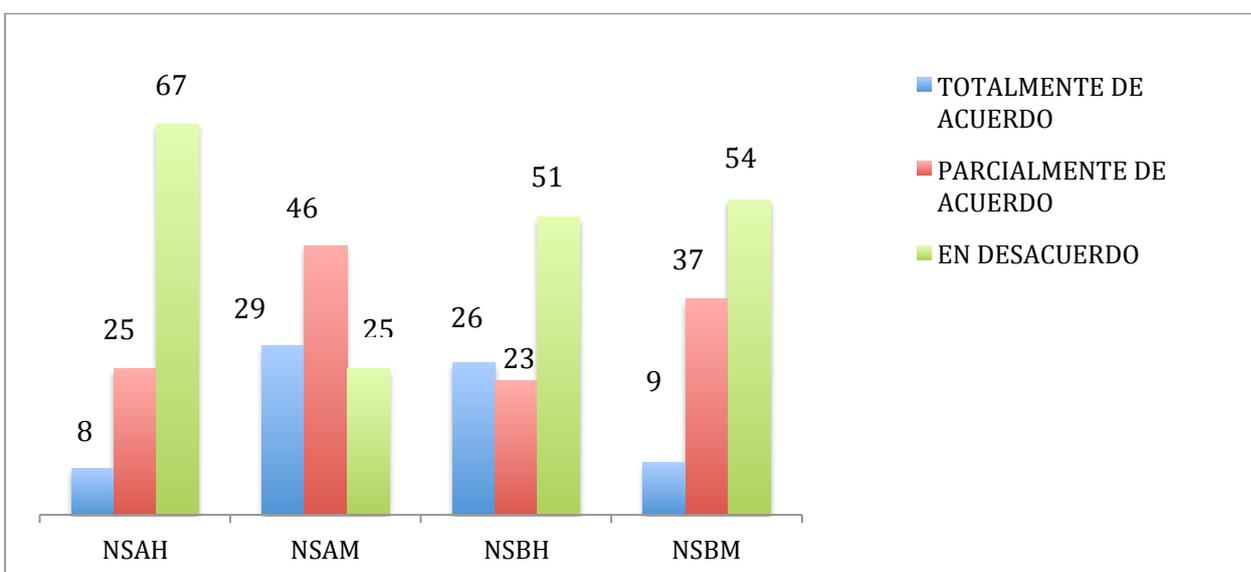


Gráfico 8: Califica esta afirmación: “Es común que la sociedad piense que si un hombre tiene depresión es porque es un fracasado u débil”



9. ¿Has ido alguna vez a un psicólogo?
10. ¿Has tomado alguna vez antidepresivos o pastillas para dormir?
11. ¿Cuál crees que es la razón por la que las personas van donde un psicólogo?
12. ¿Cuál es la diferencia entre un psicólogo y un psiquiatra?
13. ¿Recomendarías a alguien con tristeza persistente y pérdida de interés ir a un especialista?
14. ¿Crees que es una buena idea que alguien con depresión tome medicinas?
15. (Opcional) Si tu respuesta fue no ¿Por qué?

3.10. Testimonios

Testimonio #1

José es un hombre de clase socioeconómica media de 26 años. Él empezó a sentir los síntomas hace casi 7 años cuando su calidad de vida comenzó a reducir y su manera de sentirse a empeorar con cada día. Él cuenta que su estado de ánimo comenzó a decaer y físicamente se sentía muy decaído. Psicológicamente sentía que nada tenía solución y que su cuerpo no lo ayudaba a recuperarse sino que lo perjudicaba, “estaba a punto de morir”. Para él lo que causó su depresión fue la falta de comprensión y apoyo en el hogar, además no se llevaba bien con sus compañeros de clase y había salido de una relación. José no quería ir a un especialista porque pensaba que era un problema que sólo estaba en su mente y que tenía que resolverlo por su cuenta, pero al ver la gravedad de sus síntomas su familia le forzó a ir a uno. Sus síntomas se fueron haciendo crónicos durante 4 años que fue el tiempo que le

tomó ir a un especialista. Su tratamiento y terapias tuvieron un costo total de \$1200 dólares. Las terapias le costaban \$80 dólares y los medicamentos entre \$70 y \$100 dólares por mes.

A parte de la ayuda profesional que recibió él piensa que lo que más le ayudó fue dialogar con su familia y amigos, la relajación, ejercicios físicos y mentales y tener relaciones sexuales.

El consejo que José daría a las personas que pasan por trastornos afectivos es que no tomen demasiado tiempo en buscar ayuda, “porque parece que es algo que uno solo puede controlarlo y en realidad no es así, sin darse cuenta, la depresión se apodera de uno y es difícil salir cuando no se tiene apoyo ni fuerza de voluntad”. El concluye que lo mejor es ir a un especialista y sobretodo hablar y acercarse a sus seres queridos.

Testimonio #2

Mateo es un hombre de 26 años de clase socioeconómica baja. El sufrió un cuadro depresivo durante 5 años, desde el 2010. El simplemente dejó de sentir ganas de vivir y se sentía desmotivado, “escuchaba voces en mi cabeza que me decían que me mate, pero no llegué tan lejos” Él nunca decidió ir a un especialista, trato de distraerse con cosas que le gustaba hacer como ir a la playa o escuchar música además de dormir mucho.

Testimonio #3

Carlos tiene 24 años y pertenece a una clase socioeconómica media. Él desarrolló un cuadro depresivo durante 5 meses cuando su hermana murió de cáncer, afirma que la depresión es una sensación muy fea y que necesitas ser muy fuerte para superarlo. Carlos decidió buscar directamente ayuda de un psiquiatra, “El psicólogo sólo trata temas de traumas, pero el psiquiatra actúa directo con el sistema nervioso, lo importante es dejar rápido la medicina y ya. El problema son las proteínas en el sistema nervioso que se desgastan y pasa la depresión.”

A parte de fármacos, el especialista de Carlos le realizaba hipnosis medicada en la cual se trabaja con el subconsciente mientras el paciente está dopado. Luego le realizaba exámenes de sangre para ver los avances químicos cerebrales. Cada cita le costaba \$60 dólares más \$200 dólares en pastillas por mes. Este gasto lo cubrió su seguro pero haciéndolo pasar por medicamentos para migrañas.

Las actividades que recomienda Carlos son actividades apasionantes según cada individuo, leer para distraer la mente, acercarse a otras personas, hacer mucho deporte ya que eso ayuda a producir serotonina y comer alimentos como plátano y chocolate que ayudan a producir nutrientes buenos para la estimulación del cerebro.

Testimonio # 4

María José tiene 24 años, desde el año 2009 fue diagnosticada con depresión. Después de varios meses de ver que no tenía una mejora en su estado de ánimo decidió ir a un especialista, ya son 6 años que se ha tratado de la enfermedad. Cuenta que al principio no fue fácil, ni aceptar que tenía depresión y si seguir con el tratamiento de manera continua; nos cuenta que siempre quisieron catalogarla como loca por lo que reforzó su decisión de alejarse de todo. Al ver que iba mejorando con el tiempo, recordó lo que es sentirse bien y feliz. Tiene un trastorno de ansiedad generalizada combinado con depresión que tiene un trasfondo genético, el cual se disparó cuando tuvo un aborto espontáneo (la pérdida de un bebé) en la octava semana de gestación. A su vez el padre del bebé terminó su relación, perdió a sus amigas, y fue en su vida todo en declive.

A partir de eso, todas sus relaciones amorosas y todas las relaciones en general como el relacionarse con personas en una amistad más profunda le han producido muchísima ansiedad y depresión con síntomas comunes: como temblores en las manos, sudoración excesiva, llanto continuo, sensibilidad, sensación de desesperación y pérdida, deseos de morir, no poder dormir en la noche, no querer salir de la casa, no querer relacionarse con otras personas, alejarse total o parcialmente de sus amistades del colegio, a veces sueño excesivo. Nos comenta que nada le llama la atención ni le motiva cuando está en un período más depresivo, tampoco tiene hambre ni horarios establecidos.

"Al contrario de cuando estoy en un período de ansiedad en el cual me exijo demasiado, en un período depresivo todo me produce apatía o tristeza, me encuentro muy sensible y

suelo llorar mucho. Suelo dormir la mayoría del día, comer una vez al día. Cuando tuve dos crisis especialmente agresivas me corté los brazos como una manera de liberar adrenalina, solía también pincharme para sangrar y liberar también adrenalina. Tuve un intento de suicidio por ingesta de pastillas hace dos años. Siento deseos de no existir más, siento que nadie me quiere, ataques de ira y desesperación".

Nos comenta que las citas con el psiquiatra ahora le cuestan 60 dólares mensuales, los medicamentos aproximadamente 110 dólares. En un inicio gastaba más ya que las terapias eran cada semana o dos semanas, lo cual aumentaba su costo y nunca tuvo ninguna ayuda del estado. Contó con el apoyo de su familia, por lo cual se siente agradecida. Como terapia va a donde especialistas que le ayuden, toma su medicación y se concentra en sus estudios y trabajo, suele también tratar de relajarse y distraerse pintando. Aconseja a las personas que sufren de esta enfermedad que vayan directamente donde un psiquiatra, cree que a pesar de que el psicólogo clínico ayuda, es mejor irse donde uno que puede medicar.

Testimonio # 5

Andrea tiene depresión desde hace 10 años. No siempre esta con ella ya que es controlada por un psiquiatra y toma sus medicaciones al pie de la letra. Visito por primera vez un especialista cuando cayó en una crisis grave, ya que antes no quería aceptar que tenía la enfermedad, por lo que sus padres y novio tuvieron que llevarle casi a la fuerza. Fue causado por problemas familiares y académicos, también abusaba de sustancias. Su cuadro es de depresión, ansiedad, psicosis, bipolaridad y ataques de pánico. Su primera crisis fue un intento de suicidio y nos comenta que "sentía que la vida no tenía sentido, que mi entorno

no me ayudaba ni yo encajaba en él, no encontraba un sentido a la vida, levantarme, hacer las cosas, vivía en un constante cuestionamiento de mis acciones y actos, nadie estaba conforme ni yo con lo que hacía".

Lo que más le costó superar fue el consumo de drogas y los intentos suicidas que tenía cuando recaía en crisis. Y nos comenta que sus tratamientos, terapias, hospitalizaciones y medicación ha tenido un costo económico de alrededor de 25.000 dólares en todo este tiempo. En inicios gastaba 240 dólares a la semana en terapias psicológicas y 700 dólares en medicamentos, ahora ya no es como al inicio ya que trata de mantenerse estable y no conto con ninguna ayuda del estado. Tuvo el apoyo de su novio, ahora esposo, su familia y amistades; a pesar de que les costó mucho aceptar y ayudarla a un inicio, sobre todo a sus padres.

Como terapias, aparte de la psicológica y farmacéutica, le ha ayudado el hacer deporte, practicar un arte (hace cerámica y pinta) y comenta haberse acercado a Dios y dedicarse a sus hijos. Como consejo a las personas que tienen depresión, nos dice "la medicación no siempre es la mejor alternativa, si bien hay casos en los que la necesitas pero todo debe ser con medida, porque yo viví un estado de sedación constante y mi cuerpo se volvió intolerante a la medicación por lo que debía consumir dosis más fuertes para poder estar en paz y eso no es una vida sin vida". Les alienta a salir adelante buscando una inspiración, espera que en un futuro el país esté más preparado ya que para ella no existe información suficiente ni vocación o profesionalismo en el tema ya que lo ven más como un negocio o como si no fuera una enfermedad normal.

Testimonio # 6

Carmen tiene 25 años y desde que cumplió la edad de 19 sufre de ansiedad y depresión diagnosticada por el psiquiatra de su familia. Ella viene de una familia con un historial clínico de depresión ya que su papa sufre de la misma y su Hermana sufre de bipolaridad. Carmen nos cuenta que empezó a tener episodios de ansiedad y síntomas de depresión desde que tenía 15 años pero estos fueron pasajeros, sin embargo al tener mucho stress de su Carrera estos síntomas se agudizaron y le llevaron a tener crisis Fuertes. “Al sentirme desesperada, en mi familia se dieron cuenta que tenía ataques de pánico y un par de veces me auto medicaron” Cuando las crisis fueron incontrolables ella fue llevada al psiquiatra de su familia donde fue medicada por sus síntomas. “El doctor me dijo que yo tengo una falla genética en donde mis niveles de serotonina que son los que me dan un buen estado de ánimo se disminuyen rápidamente. Esto hace que el estrés se canalice en ataques de pánico y terminen en depresión” Desde ese entonces Carmen se medica por periodos regulares, sin embargo ella deja de tomar las pastillas de vez en cuando y cuando se siente mal regresa ya que a ser algo genético es probable que nunca sea dada de alta o que necesite la medicación en las etapas más difíciles de su vida. Ella toma un antidepresivo y un ansiolítico, siendo el primero el más costoso teniendo en promedio un valor de \$70 mensuales. A pesar de tener un seguro privado de toda la vida, los medicamentos no son cubiertos y ella tiene que sacar de sus propios ingresos. Carmen nos cuenta lo que es sentir depresión, “Es feo ya que te sientes sin un sentido de vida, no estas triste por ninguna razón específica solo sientes que la vida no vale para nada. Los ataques de pánico son terribles pero la depresión que viene con estos es lo peor” Para ella fue muy difícil aceptar tener esta enfermedad solo por un tema genético ya que ella ha tenido una infancia y vida feliz y libre de traumas y no había razón

para deprimirse. Carmen nos cuenta que es la experiencia más fea de su vida ya que cuando ella estaba mal se alejó de todos sus amigos, solamente se sentía cómoda con su familia ya que sabía que podían ayudarle en cualquier emergencia. También nos dice que el tratamiento dura 15 días en hacer efecto y después se puede seguir con la vida normal siempre y cuando se mantenga medicada.

Testimonio # 7

Jessica, de 46 años de edad, nos cuenta que en el año 2009 comenzó su depresión. Para ella fue difícil aceptar la enfermedad, aclarando que tenía un excelente matrimonio, unos hijos hermosos y saludables, una economía, que sin ser de la mejor estaba dentro de los ajustes normales que a veces tienen las familias, es decir una vida básicamente tranquila; pero ahí estaba ella, en camino a enfrentar una lucha de gigantes, como ella la llama. Al momento de hacer su testimonio, quiso que lo llamemos, "cuando duele vivir", nos cuenta que el primer año de la depresión fue muy duro para ella pero que gracias a sus creencias cristianas, pudo tener un enfoque espiritual de la enfermedad y así pudo salir de ella. Nunca se médico, opto por tratamientos bioenergéticos, que a pesar de tardar en hacer efecto, lo lograron. Es para ella recordar el sufrimiento que tuvo, "recordar es volver a vivir" nos comenta.

En un inicio pensó que su desencadenante fue su edad, pensó que era menopausia. Los síntomas le llevaron a realizarse varios chequeos médicos que empeoraron su situación al pensar que el diagnostico era alguna clase de enfermedad cancerígena. "Gracias a Dios, todo lo anterior resulto negativo, sin embargo, yo comencé a sentirme muy intranquila, empecé a

sentir, unos temores y unas taquicardias acompañadas de angustia, como si tuviera la sensación, que algo malo iba a pasar". Sus calmantes era una biblia y música cristiana que escuchaba al momento de comenzar a sentir ansiedad. Nos comenta que el conocimiento que tiene es de la experiencia por la que ella paso, y que al final aprendió a conocer su enfermedad y a enfrentarla. Nos dio pautas de lo que una persona que tiene depresión no debería hacer, como consejos a personas que sufren de la misma enfermedad, que a ella le costó entender pero le ayudo a ayudar a otros.

- Pensar que es tu culpa
- Aislarte
- Creer que estás loco
- Dejar de buscar ayuda

"Si conoces a alguien que pasa por una depresión sin causa como la mía, no trates de ayudarlo, dándole razones para vivir, diciéndole cosas como: tienes hijos por quien vivir, un esposo que te ama, eres joven, ya sobreponete a esto, tienes que poner de tu parte etc. O cosas similares a estas, ese es un gran error que la familia o los amigos cometen, porque una persona con depresión, está más que nunca consiente de todo eso, lo que pasa es que la depresión, inhibe al ser humano de muchos de sus instintos, sus emociones y sus sentimientos".

4. CAMPAÑA MERCADEO SOCIAL

4.1. Tema

El tema general de campaña fue los trastornos mentales con un enfoque en la depresión. Según la organización Mundial de la salud, 350 millones de personas en el mundo sufren de este trastorno afectivo.

4.2. Justificación

La tasa de suicidios es más alta que la de homicidios. En el 2014, el 80% de los suicidios se los atribuyó a la depresión, de estos, el 79% fueron hombres (Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana, 2014). Por otro lado se registraron 1.117 mujeres que egresaron de un hospital por trastornos afectivos (INEC, 2014). Esta campaña es necesaria para que tanto hombres como mujeres sepan reconocer los síntomas característicos de la depresión y la importancia de buscar ayuda profesional. Así mismo, la campaña se crea por la evidente permanencia de ideas erróneas en la sociedad acerca de la salud mental y la insuficiencia de información para combatirlas.

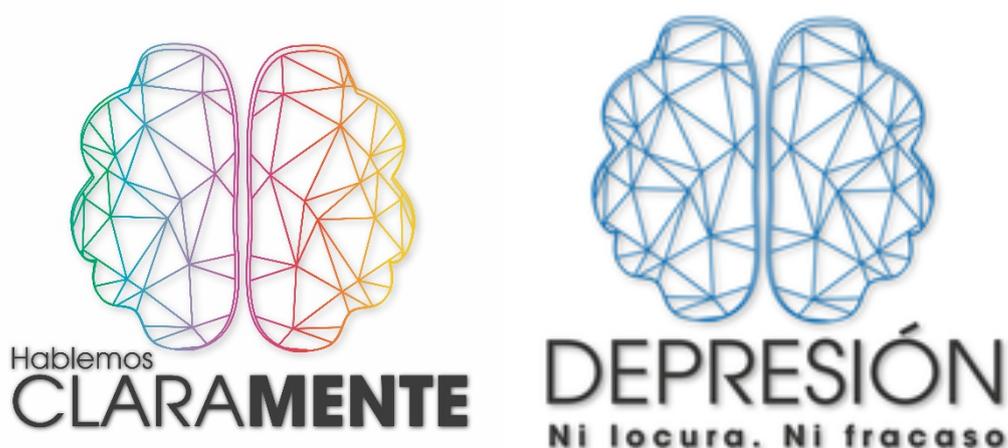
4.3. Nombre de la campaña

El nombre de la campaña es “Hablemos ClaraMENTE: Depresión: Ni locura. Ni fracaso” se crea debido a la necesidad en el país de reconocer el trastorno afectivo de la depresión como una enfermedad que puede ocurrir a cualquier persona sin importar su edad, género o

nivel socioeconómico y que necesita ser tratada profesionalmente. Y de igual forma queriendo llegar a romper los prejuicios que la sociedad tiene sobre la depresión, ya que las mujeres que sufren de esta enfermedad no están locas, ni a los hombres los convierte en fracasados.

4.4. Logo global y específico

Gráfico 9: Logo global y específico



4.5. Público Objetivo

Estadísticas del INEC demuestran que las personas más afectadas por la depresión tienen entre 25 y 44 años. Tomando en cuenta que el porcentaje más alto de suicidios es en hombres, pero que hay una mayor cantidad de mujeres que sufren un trastorno afectivo, nuestro target es:

Hombres y Mujeres de entre 25 a 44 años de clase socioeconómica baja.

4.6. Objetivo General

Sensibilizar a 600 personas sobre la importancia de la salud mental y la problemática de la depresión en un plazo de 35 días.

4.7. Objetivos Esperados

- Sensibilizar a 600 personas sobre la importancia de la salud mental y la problemática de la depresión en un plazo de 35 días.
- Informar a 30 hombres y 70 mujeres del Mercado de Tumbaco “Mercado Central”, sobre qué es la depresión, como prevenirla y las alternativas para tratarla.
- Recaudar \$300 dólares para Fundación Teléfono Amigo
- Gestionar en 30 días la incorporación de Teléfono Amigo en la lista de convenios con fundaciones de la USFQ.
- Aumentar el conocimiento de los servicios de teléfono amigo en 80 personas del mercado y 100 personas en redes sociales.
- Lograr la participación de 30 personas en la actividad BTL
- Vender 50 naipes y recaudar \$250
- Realizar un evento al que asistan alrededor de 40 personas que paguen \$10 dólares recaudando \$400
- Involucrar a 50 personas en el activismo en las afueras de la sucursal del Ministerio de Salud
- Alcanzar 200 “me gusta” en Facebook.

- -Tener una interacción de 200 persona en el contenido de las redes sociales y un alcance de 400 personas por publicación durante la última semana de campaña.
- Conseguir la cobertura de 5 medios de comunicación que hablen de la campaña.

4.8. Aliados estratégicos

Vocero.

Nuestra campaña contó con 9 voceros

- Andrea Hurtado – periodista
- Juan Fernando Velazco – cantante
- Sebastián Felix – periodista
- Stefany Tejada – periodista
- Roberto Alvarez Tejada Wandemberg – periodista
- Carolina Báez – Ex Reina de Quito
- Monserrat Astudillo - comediente
- Ave Jaramillo – comediente
- Francisco (Pancho) Viñachi – comediente

Fundación

Fundación Teléfono Amigo es una organización sin fines de lucro, presente en el país por 26 años, que brinda el servicio de escucha activa. Es decir, reciben llamadas de gente que

está pasando por problemas afectivos y los escuchan comprensivamente sin juzgar o emitir criterios de opinión. Este servicio lo hacen mediante más de 20 voluntarios que no necesariamente son profesionales ya que la ayuda consiste en escuchar, no en dar consejería. Teléfono Amigo atendió 1.500 llamadas en el 2014, 85% de estas llamadas fueron de personas entre 20 y 60 años.

El objetivo de esta alianza estratégica fue que Fundación Teléfono Amigo facilite las charlas a realizarse en el Mercado de Tumbaco mediante uno de sus expertos en depresión. Finalmente, queremos la colaboración mutua a través de redes sociales para difundir los servicios de la fundación en la “fanpage” de la campaña “Depresión. Ni locura. Ni fracaso” y las actividades de la campaña en la “fanpage” de Teléfono Amigo.

Esta campaña benefició a Teléfono Amigo donando todos los fondos recaudados a dicha organización con el fin de que puedan adquirir bienes que faciliten el servicio de sus voluntarios. Además, durante toda la campaña se los incluyó en las estrategias de difusión para que más gente pueda conocer sobre sus servicios. Finalmente, con ellos se gestionó una alianza estratégica con la Universidad San Francisco de Quito para que mediante el programa de Pasantías en la Comunidad pueda difundirse el programa de voluntariado.

4.9. Ejecución de la campaña

Estrategia general.

Dividimos las actividades de campaña por 4 grupos de interés: Público del Mercado de Tumbaco (para sensibilizar), público comercial (para recaudar fondos), público en redes sociales (para difundir información masiva) y gobierno (para empujar proyectos actuales y futuros).

Estrategia para público del Mercado de Tumbaco

Sensibilizamos a través de tres fases: expectativa, informativa y recordación en las que en cada una se generó interés en el tema.

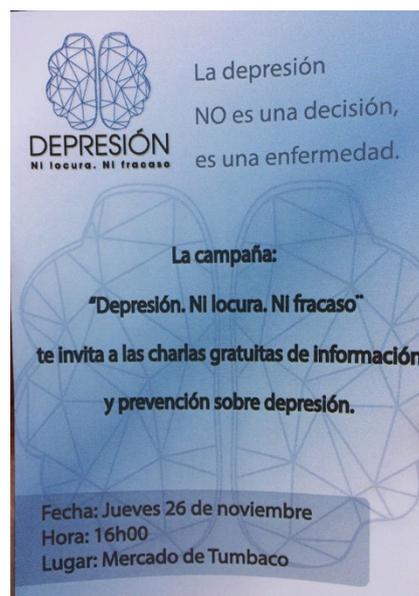
Tácticas

Fase Expectativa.

El domingo 22 de noviembre, durante la feria de domingo en el mercado, la fase de expectativa consistió en repartir en el Mercado de Tumbaco 100 galletas en forma de emoticón pidiéndoles a las personas que elijan el emoticón que más refleje como se sentían en ese momento. Las diferentes opciones eran feliz, triste, amado y cansado.

Al mismo tiempo repartimos 100 invitaciones para la jornada informativa.

Gráfico 10: Galletas de la feria



Fase Informativa.

El jueves 26 de noviembre, cuatro días después de la fase expectativa, se realizó una charla informativa en el Mercado de Tumbaco por parte de Santiago Benavides, miembro de Fundación Teléfono Amigo, certificado en charlas de capacitación sobre escucha activa y depresión. En la charla informativa, él habló sobre las causas de la depresión, sus alternativas de tratamiento, importancia del autoconocimiento y las diversas actividades de prevención. A esta charla asistieron 31 hombres y 73 mujeres.

Gráfico 11: Charla informativa

Adicional a esto, tomando en cuenta la importancia de los grupos de apoyo que se destacó en la investigación, luego de las charlas informativas, se realizó un grupo de apoyo con el Dr. Jorge Dousdebes con cuatro personas que estaban pasando por problemas de abuso psicológico, el cual estaba generando cuadros depresivos en estas personas. Con ellos se realizó un conversatorio individual de 20 minutos poniendo en práctica el servicio de escucha activa en el cual se basa Teléfono Amigo que consiste en ayudar a un individuo a procesar sus sentimientos y emociones escuchando sin aconsejar.

Finalmente, se desarrolló un conversatorio con 15 adultos mayores de 60 y Piquito en la Casa Somos de Tumbaco. En este conversatorio se contó con la presencia del Club de Psicología de la USFQ quienes respondieron las dudas de los adultos mayores sobre la depresión en la tercera edad y la importancia de prevenirla con distintas actividades de recreación como la pintura.

Gráfico 12: Conversatorio**Fase de Recordación.**

En el Mercado de Tumbaco se entregó un pequeño contenedor con tierra cerrado y semillas de flores. El contenedor llevaba un sticker pegado con el contacto de Fundación Teléfono Amigo. La razón por la que elegimos esta recordación es porque estudios de la Universidad de Londres señalan que la tierra tiene una bacteria benigna que al contacto con el cuerpo acelera la producción de serotonina, un neurotransmisor que estimula el ánimo.

Estrategia para público comercial

Se realizó actividades con elementos referentes a la depresión que fueron de interés para un público con mayores recursos económicos que pueda aportar a la recaudación de fondos.

Producto

Se vendió 50 naipes de juego. La caja que contenía los naipes tenía en la parte frontal el logo y en la parte posterior el siguiente mensaje:

“Tener depresión no es algo que eliges, sólo pasa. El secreto es prevenirla, entenderla y tratarla. En Ecuador existen más muertes por suicidios que por homicidios. Cambiemos esa realidad. ¡Gracias por tu compra! Ayudaste a Fundación Teléfono Amigo a seguir aliviando la carga de gente con depresión.”

Gráfico 13: Naipes vendidos



Dentro del set de cartas se remplazaron los jokers por el diseño del denominado “Monstruo de la Depresión” y la parte posterior describía lo que una persona puede sentir cuando este monstruo ataca. El mensaje fue:

“Las ideas erróneas sobre la depresión son como un monstruo con largos brazos que ahoga a quienes sufren con esta enfermedad, mientras con sus ojos les hace ver que todos a su alrededor respiran y con su larga boca dice que es su decisión sentirse así.”

Gráfico 14: “Monstruo de la depresión”



Este producto está ideado para fomentar la interacción entre personas. Gracias a la frase comunicacional en la caja y los jokers permite que se genere diálogo entre un grupo de personas reunidas. Además su oportunidad de mercado es que será distribuido en Fiestas de Quito, en las que la gente juega 40.

Evento

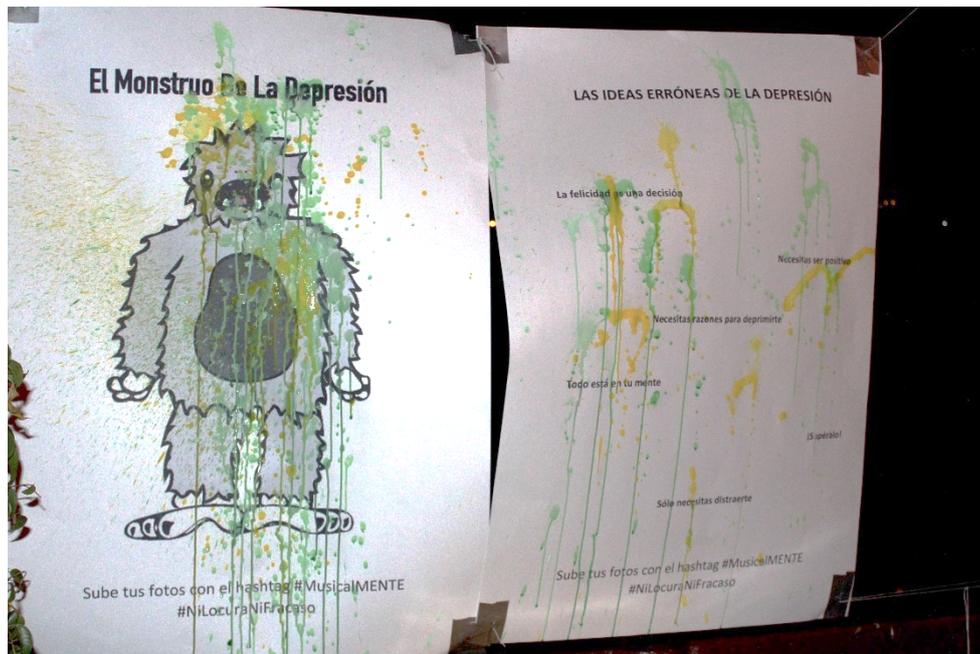
El evento se llamó “ArtísticaMENTE: Música en Vivo y Water Gun Painting”. Se realizó en el Bar Restaurante Ananké en Guápulo el 10 de diciembre. En el evento se presentó un show de música en vivo por parte de Gabriela Guerrero. En el balcón que tiene una vista amplia de Guápulo se colocó lienzos para poder crear arte mediante pistolas de agua rellenas de pintura. La entrada tuvo un valor de \$10 dólares.

Gráfico 15: Afiche del Evento “ArtísticaMENTE”**Actividad BTL**

A través de la actividad BTL se logró sensibilizar a 30 personas sobre las ideas erróneas de la sociedad sobre la depresión. Para esto se colocó un pliego con la imagen de nuestro “Monstruo de la Depresión” al cual tenían que disparar con pistolas de agua rellenas de pintura. Los participantes debían apuntarle al corazón si pensaban que la depresión ocurría con más frecuencia por razones sociales y apuntarle al cerebro si pensaban que sucedía con más frecuencia por la regulación defectuosa de químicos cerebrales.

Así mismo se colocó un pliego con varias frases erróneas que la gente suele decirle a una persona con depresión. Ellos tenían que dispararle a la idea que ellos pensaban que en realidad si era correcta sobre la depresión, pero debían hacer esto con los ojos cerrados, para simbolizar la falta de visión de la gente sobre el tema, y además debían buscar ayuda para saber hacia dónde disparar, esto para simbolizar la necesidad de buscar ayuda profesional si se desarrolla un cuadro depresivo.

Gráfico 16: Actividad BTL



Estrategia con el gobierno

Gestionamos un diálogo inicial mediante un acercamiento masivo, pero pacífico al Ministerio de Salud.

Activismo.

El miércoles 16 de diciembre a las 10h30 se realizó un activismo pacífico afuera del ministerio de salud. En este activismo nos acompañaron alrededor de 50 personas y se lo realizó en conjunto con las otras seis campañas de “Hablemos ClaraMENTE”. Se llevó varios carteles con datos estadísticos sobre la salud mental y una carta de petición para la Ministra de Salud. Quince minutos después de que iniciáramos la protesta parados con los carteles en la puerta, una de las asesoras de la ministra se acercó para averiguar que estaba sucediendo y pedirnos que tres personas representantes ingresemos a las instalaciones para dialogar.

Una vez adentro, 7 representantes del gabinete, entre asesores políticos y de comunicación se reunieron con nosotros para escuchar nuestras preocupaciones. En este diálogo se aclaró que nuestro objetivo era llamar la atención hacia la salud mental y motivar al gobierno a aumentar el presupuesto anual en esta área, educar en escuelas y colegios sobre maneras de prevenirlo y comprenderlo, crear campañas de comunicación masiva que generen conocimiento, y finalmente solicitamos mayor apertura para comunicar proyectos actuales. Los representantes que participaron en esta reunión dijeron estar gratamente sorprendidos de que estudiantes que preocuparan sobre este tema. También aseguraron estar abiertos al diálogo pacífico sin necesidad de protestas, a lo que nosotros respondimos que dos meses atrás tratamos de acceder a información sobre sus proyectos y nos impusieron trabas burocráticas y que cuando tratamos de solicitar una entrevista con la Directora del Proyecto de Salud Mental nos dijeron que debíamos llevar un oficio a la Secretaría de Comunicación para que ellos autoricen. Por estas razones recalamos que nos sentíamos agradecidos de que nos prestaran tanta atención en ese momento. Ellos no contaban con información precisa sobre el proyecto de salud mental, sin embargo hicieron que la directora del proyecto viniera desde la sede ubicada en la Orellana y junto con ella se concretó una reunión el martes 22 de diciembre para hablar a profundidad del tema. Finalmente se firmó un acta de reunión en la que constaba la planificación de dicha reunión y se nos entregó una copia de la misma.

Es importante aclarar que en todo momento el diálogo fue cordial y respetuoso por ambas partes y que mientras la reunión duró las personas que se quedaron afuera se mantuvieron calladas y pacientes.

¿Qué queremos?

Más atención a la salud mental.



¿Cuándo lo queremos?

Ahora sería fabuloso, pero quiero escuchar tu opinión.

4.10. Presupuesto

Tabla 1: Presupuesto

Descripción	Invertido	Recaudado
Impresiones	\$ 80	\$ 0
Galletas	\$ 70	\$ 0
Evento	\$ 80	\$ 400
Producto	\$110	\$ 250
	\$340	\$ 650

Se logro recaudar 310 dólares para la fundación. Los cuales serán destinados para la compra de diademas telefónicas.

Estrategia para público en redes sociales

Generamos interés y diálogo en los seguidores mediante la publicación constante de datos sobre la depresión y las actividades de campaña.

Actividad en redes sociales y virtuales

Blog.

-Creación de un blog donde traducimos al español artículos en inglés que han generado interés por comunicar de manera original lo que representa la depresión, además generamos contenido propio sobre la información recaudada durante la investigación nacional e internacional. En total alcanzamos 247 visitas en nuestro blog.



Facebook.

En Facebook mantuvimos información actualizada constantemente compartiendo los artículos publicados en el blog, subiendo álbumes de fotos con imágenes sobre las frustraciones de tener depresión y respuestas precisas a cuando alguien dice que la depresión “sólo está en tu cabeza. También se subieron álbumes de fotos sobre las jornadas en el Mercado de Tumbaco, el evento y visitas a medios de comunicación. Una actividad muy importante en Facebook fue la difusión de los servicios que presta Teléfono Amigo, la cual tuvo un alcance de 398 personas. En Facebook también compartimos videos de personajes famosos de Ecuador enviando un mensaje importante sobre la depresión. Finalmente, para cerrar la campaña se publicó un video de sensibilización realizado por nuestra campaña y el video resumen de actividades.

En total obtuvimos 331 “Me gusta”, 631 interacciones, un alcance de 2.904 personas y 3450 clicks en publicaciones. Las horas más recomendadas para programar publicaciones son entre las 16h00 y las 20h00. Es preferible evitar publicar contenido viernes y sábados pues el alcance es bajo.



Twitter.

En Twitter publicamos los mismos artículos que el Facebook pero con mensajes más cortos. Alcanzamos un total de 170 seguidores. Lo más estratégico en Twitter es usar constantemente hashtags relacionados al tema y seguir a personas que están twitteando al respecto. Las mejores horas en Twitter son pasadas las dos de la tarde.

Instagram.

En Instagram alcanzamos 119 seguidores. Esta red social fue una gran sorpresa para nosotros ya que mediante la búsqueda por hashtags descubrimos cuentas de personas que publicaban fotos lastimando su cuerpo o de frases de desolación y desesperanza. Comenzamos a seguir a estas cuentas y la mayoría de ellas nos siguieron de vuelta lo que fue muy interesante ya que nos dio la oportunidad de informar a personas que necesitan ayuda. Por esta razón, en esta red social nos enfocamos en publicar mensajes de empatía con quienes pasan por esto y de motivación para buscar ayuda profesional. Una de las publicaciones que más generó interacción fue la historia sobre la campaña del punto y coma la cual explica que las personas que se tatúan este símbolo alguna vez pensaron en suicidarse y ponerle un punto final a su vida, pero decidieron no hacerlo y en su lugar colocaron un punto y coma y continuaron escribiendo.

Gráfico 17: Instagram



Tabla 2: Gestión de medios de comunicación

N.º	Noticia	Medio	Programa / Sección	Tamaño / Duración	Entrevistador	Valoración Publicity
1	Entrevista	Francisco Stereo	Magazine Primera Línea	25 minutos	Iliana Cervantes	\$ 705,00
2	Entrevista	Radio Municipal	La Tertulia Cultural	19 minutos	Fernando Cajo	\$ 570,00
3	Entrevista	Los 40 principales	Noti Hoy	8 minutos	Giselle Jácome	\$ 304,00
4	Entrevista	Los 40 principales	Noti Hoy Plus	8 minutos	Giselle Jácome	\$ 304,00
5	Cobertura	El Telégrafo	Social	Cuarto de página	Verónica Naranjo	\$ 1836,00
6	Cobertura	Revista Status	Social	15-20 Fotos Revista	César Farias	-
7	Entrevista	La Hora	Cultural	3x3	Consuelo Moreta	\$392,00
8	Entrevista post evento	Radio Asamblea Nacional	Educación con amor	21 de diciembre	Andrea Ríos Farez	-
9	Cobertura	Redacción Médica	Profesionales	Online, artículo	Cristina Coello	-

--	--	--	--	--	--	--

Objetivos Alcanzados

Hemos sensibilizado a 1,017 personas entre nuestros diferentes públicos de interés, mediante diversas formas de comunicación sobre la importancia de la salud mental y la problemática de la depresión en un plazo de 28 días.

- Informamos a 34 hombres y 73 mujeres del Mercado de Tumbaco “Mercado Central”, sobre qué es la depresión, como prevenirla y las alternativas para tratarla.

- Recaudamos \$310 dólares para Teléfono Amigo

- La oficina de pasantías en la comunidad incentivará mediante un mail a estudiantes a ser voluntarios.

- Repartimos 150 volantes en el mercado y en redes sociales alcanzamos a 537 personas sobre los servicios de Teléfono Amigo.

- Se difundió por medios de comunicación información de la Fundación aumentando el conocimiento de la misma a nivel nacional.

- 30 personas participaron en nuestro BTL

- Vendimos 50 naipes y recaudamos \$130 dólares.

- Asistieron personas a nuestro evento y recaudamos \$200 dólares.

- Tuvimos 50 personas en nuestro activismo y hablamos con altos representantes durante una hora dentro del Ministerio de Salud Pública.

- Alcanzamos 330 “me gusta” en Facebook. 119 seguidores en Instagram y 170 seguidores en Twitter.

- Llegamos a 937 interacciones en Facebook, un alcance de 2.904 personas y 3.450 “clicks” en publicaciones.

-Nueve medios de comunicación cubrieron nuestra campaña.

Logros alcanzados no esperados

- Se realizó un taller especializado para un grupo de 15 adultos mayores con quienes realizamos un conversatorio junto al Club de Psicología USFQ, actividades recreacionales y se les brindó información acerca no solo de la enfermedad si no también de la fundación Teléfono Amigo.

- Se realizó una charla de apoyo personalizado a personas que o sufren depresión o tienen a alguien pasando por la enfermedad cercanas a ellas, viéndose afectadas por la misma. Estas recibieron ayuda emocional personalizada de expertos de Teléfono Amigo.

-Dada a la apertura que se tuvo, se creó un blog el cual tuvo 247 visitas y se habló sobre temas importantes en torno a la depresión.

-En Instagram empezamos a ser seguidos por personas que por sus fotografías y nombres de usuario indicaban que pasan por mucha aflicción y no saben cómo manejarlo. Para ellos compartimos mensajes de apoyo y que los incentivaban a buscar ayuda.

-Contamos con 9 voceros en lugar de 1.

- En el Ministerio de Salud fuimos atendidas por 7 funcionarios representantes de algunos departamentos, además obtuvimos una reunión personal con la Directora del Proyecto de Salud Mental, algo que no se consigue sin largos procesos burocráticos.

5. CONCLUSIONES

La depresión es el trastorno anímico más común en el mundo, afectando alrededor de 350 millones de personas, de las que se conoce por haber sido diagnosticadas. No es correcto pensar que la depresión es experimentar tristeza o bajas de ánimo, la enfermedad cuenta con parámetros y síntomas específicos que se agudizan con el tiempo y son permanentes que la diferencian de cualquier otro problema o enfermedad mental. Las personas que sufren de depresión, experimentan sentimientos de mayor forma, con altos índices de gravedad, "llegan a sentirse inútiles, despreciables y solos, y es posible que no vean con esperanza el futuro y consideren que nadie puede ayudarles. Llegan a perder el apetito y la energía" (Mérida, 2010). Los factores y las razones no son específicas, varían dependiendo cada uno de las personas que la sufren, las más comunes son el tener tristeza persistente, falta de interés en actividades o temas que antes les agradaba, irritabilidad, indecisión, falta de concentración, pérdida de apetito, sentimientos de culpa, pensamientos suicidas (OMS, 2015). Según el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, los síntomas vienen en conjuntos y no siempre en el mismo orden. Su variación y progreso depende de las causas de la depresión, de la persona y las experiencias y situaciones por las cuales se está pasando en ese momento (Mérida, 2010).

La organización Mundial de la Salud, estima que alrededor de un millón de personas, se suicidan al año a causa de la depresión. En donde las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres y cada 1 de 4 personas en el mundo son propensos a tener esta enfermedad en cualquier etapa de su vida. (OMS, 2012). Existen varios

factores desencadenantes de este trastorno mental, los cuales se los reconoce como los biológicos, los químicos, psicológicos y externos. en donde se encuentran los factores genéticos, de experiencias, físicos, sociales y cognitivos (OMS, 2012). "Científicos creen que hay factores emocionales, biológicos y genéticos que combinados influyen en el desarrollo de este padecimiento" (Federación Mundial de la Salud Mental, 2010). en cuanto a tratamientos, se encuentran tres, que son los mas comunes, aprobados y usados para tratar la depresión; la terapia psicológica, la terapia farmacéutica y el electroshock. Medscape, empresa líder en suministrar información medica del mundo, contando con el premio eHealthcare World, nos habla que las terapias farmacéuticas y las terapias psicológicas son las mas usadas, y combinadas han mostrado grandes resultados con la mejoría de pacientes. siendo la ultima, el tratamiento de electroshock, la menos usada pero altamente efectiva en pacientes de alta gravedad a los que los anteriores tratamientos no han tenido efecto y cuentan con un mayor riesgo de atentar contra su vida (Medscape, 2015). Estos tratamientos abarcan tanto de manera emocional como química, física y psicológica a los pacientes para así poder ser tratados de forma general y poder contar con una pronta recuperación tanto de salud como social y productiva.

Es alarmante que en Ecuador la tasa de suicidios sea más alta que la de homicidios, esta es prueba de que no se le está dando la prioridad pertinente a la salud mental. En los últimos años la situación ha empeorado en lugar de mejorar y los esfuerzos del gobierno al respecto no son contundentes en acciones sino en palabras. La reducción de camas hospitalarias se explica por la nueva política del Ministerio en la que se pretende impulsar que la gente internada se integre con mayor rapidez a la sociedad. Sin embargo, la falta de

centros terapéuticos de atención pública muestra que no se están haciendo esfuerzos por entregar a la gente herramientas que les permita dicha reintegración a la sociedad y capacidad de desenvolverse eficazmente en situaciones cotidianas.

Ecuador tiene muchos desafíos comparado con un país como Argentina el cuál es el más desarrollado en políticas de salud mental de la región o Estados Unidos el cuál es un referente a nivel mundial. La mayor problemática es la falta de aceptación de esta enfermedad como tan demandante de tratamiento y atención médica como cualquier otra.

Los tratamientos y terapias tienen un costo muy elevado. El problema con la atención privada es que no es cubierta por seguros a menos que se lo facture como otro tipo de enfermedad neurológica. Los problemas con la atención pública son varios, el primero es que ofrece principalmente atención psiquiátrica pero no terapéutica y esto no permite una recuperación integral y a largo plazo. El segundo problema es que la atención no es lo suficientemente buena y puede tomar mucho tiempo sacar una cita. El tercer problema es que la gente de escasos recursos es la que accede a la salud pública pero son precisamente ellos quienes menos buscan ser tratados y esto demuestra un plan inexistente de comunicación a sectores vulnerables.

La vulnerabilidad en el país se relaciona estrechamente con factores biológicos y genéticos pero también con el contexto social y la educación. Sin embargo, no hay investigación suficiente en el país para respaldar el efecto del entorno social en la cronicidad de los trastornos mentales. Algo que hace propensa a una persona a recaer después de haber sido tratada es la poca constancia en su terapia y la falta de desarrollo de herramientas que les permita afrontar lo que sienten y reincorporarse a la sociedad. Cuando

una persona que sufre de un trastorno de humor afectivo no se recupera esto tiene repercusiones en la economía ya que dicha persona será propensa a ausentarse del trabajo y esto afecta la productividad. Además si el caso es severo un familiar deberá cuidar constantemente de la persona y esto también puede afectar a la economía familiar. Estas son consecuencias de no invertir en la salud mental.

Este estudio también demuestra la ausencia de fundaciones que se especialicen en trastornos afectivos del humor. De las dos que se encontró a penas una ofrece servicios gratuitos y aun así tienen muchas trabas en el sector público. La falta de fundaciones demuestra la falta de conciencia en la gente hacia los trastornos mentales y como las percepciones sociales forman la idea incorrecta de que el malestar mental es abstracto y puede ser mejorado únicamente con la voluntad de la persona afectada.

Los testimonios son una muestra de que la depresión puede durar años si no es tratada correctamente, existen dos errores comunes el primero es gente que se medica sin buscar ayuda terapéutica también y el segundo es gente con un cuadro grave de depresión mayor que debería buscar ayuda psiquiátrica y no lo hace. La gente siente vergüenza de tener depresión y la razón por la que esta idea errónea se ha mantenido por tanto tiempo es porque generalmente la sociedad cataloga de locos o fracasados a quienes sufren de este trastorno afectivo. Si bien muchos testimonios hablan de una causa afectiva o una experiencia traumática que desencadena el cuadro de depresión, también existe gente con experiencias depresivas sin una razón situacional. Existen testimonios que demuestran que la depresión le puede ocurrir a cualquier persona aún si su entorno y situación es favorable. Para estas personas las razones químicas, biológicas y genéticas ofrecen una explicación a

sus síntomas, sin embargo son quienes más resistencia tienen al tratamiento porque al no encontrar una explicación concreta a su enfermedad se dejan influenciar por la idea de que están “locos”

Es precisamente la reducción del estigma y levantar información lo más urgente en este momento en el país ya que la sociedad no ha sido educada en temas de salud mental y no están conscientes de la verdadera influencia que esto tiene en su salud integral.

La campaña tuvo gran acogida en todas sus fases. Se escogió el sector de Tumbaco, ya que en él existe un mercado muy visitado por lo que nos interesó al ser nuestro objetivo el llegar al mayor número de personas posibles. Después de ver las estadísticas, vimos que las mujeres tienen el doble de posibilidades de tener depresión en algún momento de su vida por lo que se eligió este lugar ya que en su mayoría trabajan mujeres y al ser los hombres con más estadísticas de suicidio, llegábamos a ellos también al encontrar un buen número de los mismos. Se realizó junto a ellos varios eventos y se comprobó su entendimiento del tema al tener como actividad final un taller especializado al cual fueron personas que creían tener depresión y la tenían buscando ayuda. Vimos que las personas están abiertas a recibir información, la cual es escasa, y buscan ayuda al enterarse la cual no existe en el país en la manera que debería. Se logró gracias al evento social y a la venta del producto, recaudar los fondos esperados para la fundación, la cual está agradecida por la difusión de información acerca de ellos y el aporte económico que se les entregó.

Las redes sociales y los voceros son una estrategia realmente efectiva para llegar de manera masiva a las personas, aumentando de forma diaria aceptación e integración de las personas en el tema.

6. RECOMENDACIONES

Si bien hay que abordar el tema de salud mental desde la necesidad de optimizar la ayuda profesional, hay que prestar una especial atención al cuidado de las relaciones interpersonales. Todos los expertos citados en esta investigación tuvieron en común la el resaltar la importancia de como la falta de interacción humana es una de las mejores explicaciones a como en los últimos años han aumentado las enfermedades mentales. Cualquier gestión que se haga para mejorar la situación de la salud mental en el país debe ser científica motivadora de la búsqueda de ayuda de expertos. Pero también debe trabajar de cerca estrategias que fomenten mejores relaciones familiares y sociales.

La depresión es un trastorno mental poco conocido a profundidad. teniendo falta de interés tanto de gobiernos como de la ciudadanía en general. A nivel mundial, el 41% de los países no cuenta con una definición, ni una política acerca de la salud mental, en donde el 28% no dispone de presupuesto y el 36% restante estima a esta área menos del 1% del presupuesto total. Más del 25% de los países no cuentan con acceso a medicamentos psiquiátricos esenciales y no se encuentran profesionales que abarquen la gran magnitud de personas que experimenten estos trastornos (OMS, 2002). Es fundamental contar con profesionales capacitados, campañas de concientización y ayuda a la ciudadanía para así

poder crear interés tanto de la población mundial como de los gobiernos respectivos, para así ayudar a las personas a no solo tratar la enfermedad, si no también a enterarse y saber que es y como se presenta. La desinformación y la falta de interés y tratamientos cuestan vidas cada año. Con más información, recursos e interés millones de vidas podrían ser salvadas, no solo de la muerte, si no también de vivir una vida plena, productiva y feliz junto a las personas que les rodean.

Para futuras campañas se recomienda a través de nuestra experiencia el tener algunos lideres de opinión que actúen como voceros de cualquier causa. El usar los medios digitales para llegar a mas personas ya que hoy en día son fundamentales y muy usado. En estos, estar constantemente publicando e interactuando con las personas por medio de videos, artículos y datos curiosos que lleguen a las personas de manera fácil, concreta y con información certificada y verdadera. De igual forma realizar el trabajo responsablemente ya que nuestro papel de comunicadoras es fundamental ya que se llega a las personas de manera directa. Al ser el tiempo reducido la organización y el planteamiento de metas cuantitativas ayudan a poder cumplir satisfactoriamente el trabajo. Y un trabajo bien hecho da frutos de manera notoria y facilita su proceso y acogida.

7. REFERENCIAS

- Amstrong, L. L., & Young, K. (2015) Mind the gap: Person Centred delivery of mental health information to post-secondary students. *Psychosocial Intervention / Intervención Sicosocial*, 83-87.
- BBC (2012) La depresión, cada vez más común y poco tratada. Extraído el 3 de octubre del 2015 desde http://www.bbc.com/mundo/noticias/2012/10/121010_depresion_salud_mental_men
- Borchard, T. 10 Drug – Free Therpies for Depresion. Extraído el 1 de octubre del 2015 desde <http://www.everydayhealth.com/columns/therese-borchard-sanity-break/drug-free-therpies-for-depression/>
- Brain and Behavior Research Foundation (2015) Stop Stigma with Science. Extraído el 1 de octubre del 2015 desde <https://bbrfoundation.org/stopstigmawithscience>
- Clarín (2013) La genética en los trastornos mentales. Extraído el 3 de octubre del 2015 desde http://www.clarin.com/zona/genetica-trastornos-mentales_0_867513343.html
- Definición (s.f.) Extraído el 1 de octubre del 2015 desde <http://definicion.de/trastorno-mental/>
- Diamond, S. (2008) *Psychology Today*. ¿Es la depresión una enfermedad? Extraído el 3 de octubre del 2015 desde <https://www.psychologytoday.com/blog/evil-deeds/200809/is-depression-disease>
- DMedicina, (2015). Depresion. Extraído el 1 de octubre del 2015 desde <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/depresion.html>
- Echávarri, A. (2015). ¿Qué es lo que siente y piensa una persona con depresión?. Extraído el 3 de octubre del 2015 desde <http://www.cuidatusaludemocional.com/2013/07/lo-que-siente-y-piensa-un-depresivo.html>
- Everyday Health (2015) Seis síntomas de depresión que no se deberían ignorar. Extraído el 3 de octubre del 2015 desde <http://www.everydayhealth.com/news/depression-symptoms-you-shouldnt-ignore/>
- Federación Mundial de la Salud Mental (2010) Depresión: Lo que sabes puede ayudarte. Extraído el 5 de octubre del 2015 desde http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/WFMH_GIAS_Depression_Spanish.pdf

- Montero (s.f.) Salud Mental: Perspectiva de género. Extraído el 4 de octubre del 2015 desde http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/06modulo_05.pdf
- Medical News Today (2015) ¿Qué es la serotonina? Extraído el 4 de octubre del 2015 desde http://www.medicalnewstoday.com/articles/291259.php#¿qué_es_la_serotonina
- National Institute of Mental Health. (2015). Los Hombres y la Depresión. Extraído el 3 de octubre del 2015 desde <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-hombres-y-la-depresi-n/index.shtml#pub2>
- OMS (2014) Qué son trastornos neurológicos. Extraído el 3 de octubre del 2015 desde <http://www.who.int/features/qa/55/es/>
- OMS. (2012). La depresión. Extraído el 4 de octubre del 2015 desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- OMS. (2001). Trastornos mentales y neurológicos. Extraído el 2 de octubre del 2015 desde http://www.who.int/whr/2001/media_centre/en/whr01_fact_sheet1_es.pdf?ua=1
- OMS (2001) Informe sobre la Salud del Mundo. Extraído el 3 de octubre del 2015 desde http://www.who.int/whr/2001/media_centre/es/
- OMS. (2012). La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. Extraído el 1 de octubre del 2015 desde http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/
- Programa Mundial de Acción en Salud Mental mhGAP. (2002). Extraído el 4 de octubre del 2015 desde http://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf
- Project Semi Colon (2015) Press. Extraído el 4 de octubre del 2015 desde <http://www.projectsemicolon.org/press.html>
- Royal College of Psychiatrists. (2010). Antidepresivos. Extraído el 3 de octubre del 2015 desde <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/translations/spanish/antidepresivos.aspx>
- Reed, J. (2013). ¿Para que se sigue usando el “electroshock”? Extraído el 3 de octubre del 2015 desde http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/08/130802_terapia_electroconvulsiva_depresion_kv
- Rodriguez, J., Kohn, R., Aguilar, S. (2009) Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología de los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe. Extraído el 3

de octubre del 2015 desde <https://books.google.com.ec/books?id=VpX64YMGAKoC&printsec=frontcover&dq=trastornos+mentales&hl=en&sa=X&ved=0CCIQ6AEwAWoVChMItYyfu4CYyAIVBZleCh0COgSQ#v=onepage&q&f=false>

Rvenscraft, E (2015) Ideas erróneas sobre trastornos mentales que debemos erradicar. Extraído el 2 de octubre del 2015 desde <http://lifehacker.com/the-misconceptions-about-mental-illness-we-need-to-unle-1711647132>

Serafin, G. (2012). Historia de la depresion. Extraído el 3 de octubre del 2015 desde <http://e-ciencia.com/blog/divulgacion/brevisima-historia-de-la-depresion/>

Fundación CreSer (2015) Extraído el 4 de noviembre de 2015 desde <http://www.thecenter.com.ec/>

Revista Perfil. (2007). Eric Kandel: el cerebro, la conciencia y la memoria. Ciencia. Extraído el 20 de octubre del 2015 desde <http://www.perfil.com/ciencia/Eric-Kandel-el-cerebro-la-conciencia-y-la-memoria-20070812-0012.html>

Ministerio de Salud Pública. (2005). Manual de atención Primaria en salud mental. Extraído el 4 de noviembre del 2015 desde http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Programas/saludmental/manu_al_atencion_primaria_salud_mental.pdf

Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana (2014) Extraído el 4 de noviembre de 2015 desde <http://omsc.quito.gob.ec/>

Organización Panamericana de la Salud, (2009). Estrategia de cooperación de país, dela OPS/OMS en Ecuador, periodo 2010 – 2014. Extraído el 11 de octubre del 2015 desde http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_ecu_es.pdf?ua=1

Prensa Quito (2013) Extraído el 4 de noviembre de 2015 desde http://prensa.quito.gob.ec/Noticias/news_user_view/los_chillos_ya_tiene_su_sistema_de_atencion_integral_sai--10389

Recopilación de estadísticas de salud del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2014

Investigación en Quito del Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana (2014)

Entrevista. (2015). Roberto Celi (Ex Gerente del Plan de Salud Mental)

Entrevista. (2015). Esteban Utreras (Sicólogo Clínico y Académico)

Entrevista. (2015). Adrián Lozano (Psiquiatra/ Sociedad Ecuatoriana de Psiquiatría)

Entrevista. (2015). Verónica Montero (Psiquiatra en Hospital San Juan de Dios)

Entrevista. (2015). Nelson Samaniego (Ex tratante del Hospital Julio Endara)

Entrevista. (2015). Marta de la Torre (Neuropsicóloga/Directora de CERENI)

Entrevista. (2015). Gabriela Betancourt (Psicoterapeuta/Directora de AYSANA)

Entrevista. (2015). Anabella Castelletti (Psicóloga Conductual/Argentina)

Entrevista. (2015). Graham Pluck (Ph.D. en psicología/Académico)

Entrevista. (2015). German Maldonado (Filósofo)

Entrevista. (2015). Alexei Darquea (Deportólogo)

Entrevista. (2015). Sofía Marsetti (Nutricionista)

Entrevista. (2015). Mónica Guarderas (Fundación CreSer)

Entrevista. (2015). Mónica Carrera (Fundación Teléfono Amigo)