

Pesquisa y diagnóstico de trastorno depresivo en una comunidad rural de Venezuela.

Jessica Leyva^{1,2,3}, Kevin Luna-Ladera^{1,2}, Miguel Iglesias-Gómez^{2,4}, Verónica Rodríguez-Risk^{1,2}, Mariaelisa Affinito^{2,4}, Yoesmir Contreras-Montañez^{1,2}, Rodrigo Celis^{1,2}, María Pulido Febres^{1,5}, Jan Costa-Müller⁵ y Óscar Omaña-Ávila^{1,2,3}

¹ Escuela de Medicina “Luis Razetti”, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

² Proyecto Mayū, Caracas, Venezuela.

³ Instituto de Investigación Biomédica y Vacunas Terapéuticas, Ciudad Bolívar, Venezuela.

⁴ Escuela de Medicina “José María Vargas”, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

⁵ Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Caracas, Caracas, Venezuela.

Palabras clave: trastorno depresivo; PHQ-9; desempleo; Venezuela; salud rural.

Resumen. La pandemia de la COVID-19 ha desencadenado un incremento mundial en la incidencia de consultas psicológicas con relación a ansiedad y trastorno depresivo, que, en conjunto con la crisis humanitaria en Venezuela, produjo un aumento en los casos reportados de estas patologías a nivel nacional. Actualmente, no se encuentran disponibles trabajos que documenten la prevalencia de trastorno depresivo en comunidades rurales de Venezuela. El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de trastorno depresivo en La Marroquina, comunidad rural situada en el Estado Yaracuy, Venezuela, mediante un estudio de tipo transversal, realizado en julio del 2022, con una población estimada de 611 pacientes y un muestreo de 160. El estudio comprendió dos fases: una entrevista breve, donde se realizó el Cuestionario de Salud del Paciente 9 (PHQ-9) y en una segunda fase, entrevista con un especialista en Psiquiatría, quien utilizó la escala de Depresión de Hamilton (HAM-D) para el diagnóstico de depresión. En el triaje psiquiátrico de depresión, 67 pacientes obtuvieron puntajes de PHQ-9 > 10 puntos, de los cuales sólo 39 asistieron a consulta. Al realizar la evaluación psiquiátrica de los mismos, se diagnosticó trastorno depresivo en 30 pacientes, para una prevalencia en la comunidad de La Marroquina de 18,75%. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre riesgo de depresión según PHQ-9 y desempleo. El hecho de que las escalas no permiten diferenciar entre diversos tipos de trastorno depresivo, así como el estigma social de acudir a una consulta psiquiátrica pueden causar un subregistro. La Marroquina tiene una alta prevalencia de trastorno depresivo, que se relaciona con el desempleo como factor de riesgo más importante.

Screening and diagnosis of depressive disorder in a rural community in Venezuela.

Invest Clin 2025; 66 (1): 26 – 38

Keywords: depressive disorder; PHQ-9; unemployment; Venezuela; rural health.

Abstract. The COVID-19 pandemic has triggered a global increase in the incidence of psychological consultations related to anxiety and depressive disorder, which, together with the humanitarian crisis in Venezuela, produced a surge in reported cases of these pathologies nationwide. Currently, there are no works available that document the prevalence of depressive disorder in rural communities in Venezuela. This work aimed to determine the prevalence of depressive disorder in La Marroquina, a rural community in Yaracuy State, Venezuela, through a cross-sectional study conducted in July 2022, with an estimated population of 611 patients and a sample of 160. The study included two phases: a brief interview, where the Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) was conducted and in a second phase, an interview with a Psychiatry specialist who used the Hamilton Depression Scale (HAM-D) for the diagnosis of depression. In the psychiatric triage for depression, 67 patients obtained PHQ-9 scores >10 points, of which only 39 attended a consultation. When performing the psychiatric evaluation of these patients, the depressive disorder was diagnosed in 30 patients, with a prevalence in the community of La Marroquina of 18.75%. A statistically significant association was found between the risk of depression according to the PHQ-9 and unemployment. The fact that the scales do not allow differentiating between different types of depressive disorder, as well as the social stigma of attending a psychiatric consultation, may cause underreporting in our study. La Marroquina has a high prevalence of depressive disorder, which is related to unemployment as the most important risk factor.

Recibido: 11-03-2024

Aceptado: 31-01-2025

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que para el 2020, 264 millones de personas aproximadamente, sufrirían de depresión, con 850.000 muertes atribuibles cada año ¹, por lo que la organización adoptó un plan de acción integral sobre la salud mental (2013-2030), con el objetivo de alcanzar una meta mundial, sin embargo se hace referencia a que los sistemas de salud aún no han dado un abordaje eficiente para el tratamiento y atención de trastornos mentales, especialmente en países de ingresos bajos y medios ². Asimismo,

en un contexto de pandemia COVID-19 (2020-2021) las consultas psicológicas más frecuentes tuvieron relación con depresión, ansiedad y estrés crónico ^{3, 4}.

Para 2015, la depresión ya era la cuarta causa de discapacidad, según la relación entre años vividos con discapacidad observados y esperados, según el Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2015 (Global Burden of Disease Study 2015) ⁵, dentro este informe explican que, analizar datos de enfermedades crónicas y mentales se torna más difícil en países de bajos ingresos y en conflicto, entre los cuales figura Venezuela,

debido a la escasez o pobre calidad de datos epidemiológicos.

En Venezuela, existe un registro limitado de estudios que describan la prevalencia, factores de riesgo, tratamiento y pronóstico del trastorno depresivo en la población, sin embargo, se encontró que la prevalencia de síntomas de depresión en la población urbana de la región Guayana de Venezuela, fue de 2,7% según EVESCAM⁶, resultados similares a lo descrito por otros autores en comunidades rurales en el Estado Trujillo⁷. Múltiples estudios en países desarrollados han caracterizado diferencias entre prevalencias de depresión en poblaciones rurales y urbanas^{8,12}, aunque un reciente metaanálisis evidenció que la urbanidad se asocia a una mayor prevalencia de trastorno depresivo solo en países desarrollados¹³.

Se ha descrito que en comunidades rurales debido a mayores índices de pobreza y estigma social asociado a patologías mentales, aunados al difícil acceso a la salud, y particular ausencia de servicios de salud mental, producen una tendencia negativa de los pacientes a ir a consultas especializadas de psicología y/o psiquiatría¹⁴; fenómeno que se puede inferir está presente en Venezuela, debido a su alta proporción de población rural (45%) y al usar el criterio actualizado de Chomitz y col. para la diferenciación de ruralidad^{15,16}, ya que el criterio oficial solo incluye la variable “tamaño de población”, por lo que existe la posibilidad de sesgo.

La Marroquina es una comunidad rural del estado Yaracuy, que tiene acceso a consultas especializadas durante jornadas médicas-odontológicas, realizadas cada 8 meses por parte de Fundación Proyecto Mayū [Organización no gubernamental sin fines de lucro, perteneciente a la Coordinación de Grupos de Extensión de la Universidad Central de Venezuela (UCV)]¹⁷, por lo que se planteó estimar la prevalencia de los trastornos depresivos en la comunidad e identificar factores de riesgo asociados, la primera vez que se llevó una consulta de psiquiatría a la comunidad.

PACIENTES Y MÉTODOS

Diseño del estudio y población

Se trató de un estudio de campo, de corte transversal, realizado en la comunidad de La Marroquina, estado Yaracuy, ubicada en el centro occidente de Venezuela, con latitud: 10°19'14.02", longitud: -68°40'55.2"¹⁸. Es una comunidad rural cerca de múltiples haciendas, con caminos de tierra, casas de bloque y de cemento, techos de zinc, pisos de cemento. Cuenta con un Consejo Comunal, una Escuela Integral Bolivariana “Mercedes Flores de Ramírez”, y un Centro de atención médica tipo I de la Misión “Barrio Adentro”, “Dr. Vicente Pérez Dávila”, sin embargo, la asistencia médica es intermitente y no cuentan con farmacia.

La recolección de datos se llevó a cabo por los integrantes del Proyecto Mayū, durante la jornada de salud realizada por el mismo, entre el 30 de junio y el 2 de julio de 2022. Un mes antes, el equipo de investigación en conjunto con especialistas de la Fundación Proyecto Mayū, se trasladaron a la comunidad de La Marroquina acompañados de líderes comunitarios y personal de salud de la zona, invitando a todos los habitantes a participar. A través de juntas bisemanales los líderes comunitarios difundieron información sobre el estudio a los líderes de familia; por otra parte, el personal de salud invitó a los habitantes durante consultas médicas domiciliarias realizadas semanalmente. El total de habitantes de la comunidad La Marroquina, mayores de 18 años, registrados en el Centro Electoral “Escuela Integral Bolivariana La Marroquina” para el censo electoral de febrero 2012, fue de 611 personas. Se realizó un muestreo probabilístico según los asistentes a la jornada realizada entre el 30 de junio y 2 de julio de 2022, fue constituido por todos aquellos pacientes de la comunidad de La Marroquina, que cumplieron con los criterios de inclusión: asistencia a la jornada de salud, adulto igual o mayor a 18 años, residencia en la comunidad de La Marroquina y aceptación del consentimiento

informado, indistintamente de sexo, nivel de instrucción, ocupación y/o comorbilidades; con criterios de exclusión: menores de 18 años, no asistir a la jornada de salud. Para un nivel de confianza de 95%, alfa de 5% (0.05), un error de muestreo de 6,5% (0,065), tamaño poblacional de 611 habitantes, y proporción esperada 50% (0,5); se entrevistaron 160 personas.

Encuesta

El estudio se realizó en 2 fases (Anexo 1): una **primera fase** de despistaje, realizada por estudiantes de pregrado de Medicina a través de una entrevista breve, haciendo uso del Cuestionario de Salud del Paciente 9 (Patient Health Questionnaire-9 o PHQ-9), en el que se hace referencia a síntomas sugestivos de trastorno depresivo mayor, durante las dos semanas previas a la entrevista¹⁹ (Anexo 2); y una **segunda fase** realizada por un médico especialista en psiquiatría, que luego de una entrevista clínica, aplicó la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D), la cual se usa en pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo, para clasificar la severidad del mismo^{20, 21} (Anexo 3). Se planificó el estudio incluyendo dos fases, debido a que se ha descrito que HAM-D no es una herramienta efectiva para el despistaje de trastorno depresivo, sino para su clasificación posterior al diagnóstico, en contraparte con PHQ-9 que cumple con esta función.

El PHQ-9 fue aplicado a todos los pacientes que acudieron al triaje de la jornada de salud, este instrumento consta de 9 preguntas, dispuestas en forma de escala de tipo adjetival que evalúa la presencia de síntomas en las dos últimas semanas ("nada en absoluto", "varios días", "más de la mitad de los días" y "casi todos los días", que se puntúa de 0 a 3 y el puntaje puede ser 0 a 27. Puntajes mayores o iguales a 10 tienen sensibilidad de 88% y especificidad de 88% para trastorno depresivo mayor¹⁹. Los pacientes que tuvieron puntajes mayores o iguales a 10 fueron referidos a la consulta de psiquiatría para la segunda fase.

La segunda fase fue realizada durante la consulta con el especialista en Psiquiatría, quien luego de la entrevista clínica, aplicó la encuesta HAM-D. Este instrumento contiene 21 variables, medidas con escalas de 3 ó 5 puntos, y un puntaje total entre 0 y 7 es considerado normal (o en remisión) mientras que puntajes entre 8 y 13 son considerados consistentes con depresión menor, puntajes comprendidos entre 14 y 18 con depresión moderada, entre 19 y 22 con depresión grave, y mayores de 23 con depresión muy grave^{21, 23}. A los pacientes diagnosticados con depresión, en la consulta del especialista, les fue indicado tratamiento farmacológico oportuno e individualizado.

Utilizando tablas dinámicas de Excel y EpiInfo 7®. Se realizaron tablas de distribución de frecuencias con sus respectivos intervalos de confianza y tablas de contingencia detalladas con las que se calcularon Odds Ratio y Chi² para establecer la asociación de variables, con un punto de corte de $p < 0.05$.

Aspectos éticos. El presente trabajo incluyó la recolección de información de seres humanos, cumpliendo con los principios básicos de la ética de investigación enmarcados dentro de la 8va Revisión de la Declaración de Helsinki²⁴. Para ello, se garantizó la autonomía, confidencialidad y privacidad de los datos obtenidos, los instrumentos solo fueron aplicados a participantes luego de otorgar al equipo su consentimiento informado, voluntario y previa explicación de los objetivos, riesgos y metodología a usar. Este proyecto fue avalado por la comisión de bioética de la Escuela de medicina "José María Vargas" (29-06-2021). Los pacientes diagnosticados con depresión tuvieron seguimiento por el psiquiatra vía online y presencial 8 meses después, en la siguiente jornada. Asimismo, les fue suministrado tratamiento médico en los casos que el psiquiatra consideró pertinente.

RESULTADOS

De los 456 pacientes que asistieron a la jornada de salud, 160 cumplieron con los criterios de inclusión, por lo que fueron eva-

luados en el triaje psiquiátrico y se les realizó la prueba PHQ-9, con el resultado de 67 pacientes con una alta probabilidad de depresión y 93 pacientes con bajo riesgo de depresión (Tabla 1). Los pacientes con puntajes elevados fueron referidos a la consulta especializada en Psiquiatría para su evaluación, y posteriormente se les aplicó la escala Hamilton-D; se evidenció que de los 39 pacientes que asistieron, 76,92% fueron diagnosticados con trastorno depresivo.

Tabla 1
Distribución de pacientes con base a resultados de PHQ-9.

	n	%
Depresión		
Improbable	93	58,13
Probable	67	41,88

Al analizar las variables demográficas se encontró que la mediana de la edad fue de 38 años (DE = 16.26), mayormente entre los 30 y 49 años (40,63%), sexo femenino (73,75%), con presencia de comorbilidades, de etiología cardiovascular, neurológica, psiquiátrica, respiratoria, gastrointestinales, entre otras misceláneas (69,4%); desempleados (61,88%), en una relación estable, siendo concubinato o casados (61,88%). Entre los datos obtenidos (Tabla 2), se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estado laboral y la alta probabilidad de depresión ($p = 0,031$).

Mediante la evaluación del riesgo de depresión asociado a las variables demográficas, se encontró que el ser catalogado como “empleado” disminuyó las probabilidades de presentar alta probabilidad de depresión en 81.3% [OR 0,187 (I.C.: 0,034-0,966)], de manera significativa ($p = 0,033$). Las demás variables no obtuvieron una asociación estadísticamente significativa (Tabla 3).

Tabla 2
Variables demográficas de 160 pacientes encuestados mediante PHQ-9 en La Marroquina, Edo. Yaracuy, Venezuela.

	n	%	p*
Edad			0,836
18-29	39	24,37	
30-49	65	40,63	
50-64	35	21,88	
≥65	21	13,13	
Sexo			0,095
Femenino	118	73,75	
Masculino	42	26,25	
Laboral			0,031
Desempleado	99	61,88	
Empleado	61	38,13	
Estado civil			0,611
Soltero	61	38,13	
Unido	99	61,88	
Comorbilidades			0,607
Ausentes	49	30,63	
Presentes	111	69,38	

*Los valores de p fueron obtenidos mediante la prueba de Chi².

Tabla 3
Factores asociados a pacientes con puntajes elevados en PHQ-9.

	Odds ratio (Intervalo de confianza de 95%)	P*
Sexo	0,24 (0,034-1,472)	0,104
Comorbilidades	0,665 (0,123-3,631)	0,607
Laboral	0,187 (0,034-0,966)	0,033
Estado civil	1,472 (0,14-5,559)	0,625

*Los valores de p fueron obtenidos mediante la prueba exacta de Fisher.

DISCUSIÓN

Se determinó que, para julio del 2022, 41,8% de la población encuestada en una zona rural de Venezuela (La Marroquina, Estado Yaracuy), a la que se le aplicó el test PHQ-9, tenía una alta probabilidad de de-

presión. Dentro de dicho grupo, solo 55% de los pacientes acudió de forma voluntaria a la consulta psiquiátrica, en la cual se les aplicó el test HAM-D, de ellos el 76,92% (n= 30) obtuvieron un resultado positivo con ambas escalas, diagnosticándose depresión para una prevalencia de 18% en dicha comunidad.

La escasa asistencia de los pacientes referidos a la consulta con el especialista en Psiquiatría, probablemente se deba al estigma social asociado a la salud mental ²⁵⁻³⁰, lo que limita frecuentemente la solicitud de atención y el tratamiento psiquiátrico, lo que podría apuntar a que hubo un subregistro de depresión en la comunidad de La Marroquina. Se ha descrito que las personas con patologías psiquiátricas presentan mayores desigualdades con respecto al acceso a servicios médicos, por ende, mayor morbi-mortalidad ^{31,32}.

Resulta importante señalar que al ser comparadas ambas escalas (HAM-D y PHQ-9) en 15 centros hospitalarios en China ³³, se encontró que el test PHQ-9 es una alternativa eficiente y fiable para detectar depresión en pacientes, lo que concuerda con lo descrito por autores en Colombia ²³, siendo propuesta como una herramienta confiable ³⁴.

Dentro del grupo de pacientes evaluados clínicamente y en los que se realizó el test HAM-D, se corroboró el diagnóstico de trastorno depresivo en 30 pacientes, observando un total de 18% de pacientes deprimidos con respecto a toda la muestra, superando la prevalencia esperada en comparación con la prevalencia a nivel mundial ², y a nivel nacional ^{6,7}. Las enfermedades mentales como la depresión tienen una estrecha relación de influencia del país a donde pertenezca quién las padece; es decir, aquellas personas que viven en un país de bajos ingresos o que han pasado por un cambio económico desfavorable, tienen de 1,5 hasta 3 veces más probabilidades de sufrir depresión o ansiedad ³⁵.

Un estudio realizado en 51 centros de 21 países diferentes en los cinco continentes, y en situaciones económicamente diversas, señaló que la prevalencia de depresión fue mayor en

áreas urbanas (13% vs. 9% en zonas rurales), y concluyó que haber padecido depresión aumenta el riesgo de cualquier causa de mortalidad en un 17% ³². En países desarrollados también se ha demostrado mayor prevalencia de depresión en áreas urbanas ³⁶.

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el estatus laboral y depresión, ya que más del 70% de los pacientes con probable depresión, se encontraba desempleado, resultados que difieren de lo observado por otros autores en poblaciones urbanas a nivel nacional ³⁷. En un estudio realizado en España ³⁸ señalaron que el desempleo no solo afecta de forma negativa la economía individual, también desestabiliza aspectos como el desarrollo social de la persona, organización temporal, sentimiento de culpa e improductividad, por lo que el desempleo constituye un factor de riesgo para la salud mental. Las personas desempleadas presentan mayor prevalencia de depresión, la depresión en pacientes desempleados suele implicar mayores gastos económicos debido a su incapacidad para trabajar, y se ha asociado a menores tasas de re-empleo. Se ha descrito que entre mayor tiempo la persona se encuentre desempleada, habrá mayor deterioro de la salud mental ³⁹.

El presente estudio tiene varias limitaciones: la metodología no permite diferenciar entre diversos tipos de depresión, ya que las escalas son utilizadas como herramientas de tamizaje y solo fueron diagnosticados con trastorno depresivo los pacientes que voluntariamente decidieron acudir a consulta con especialista. Otra limitación es el estigma social hacia la búsqueda de ayuda psicológica/psiquiátrica, y de igual manera hacia la depresión, que hace que muchos pacientes dejen de ir a dicha consulta.

En conclusión, la población de La Marroquina tiene una alta prevalencia de depresión, aun tomando en cuenta las limitaciones de este trabajo. El estigma social asociado a enfermedades mentales en la comunidad, ocasiona que los pacientes no acudan a la consulta psiquiátrica para confirmar el diagnóstico y

estadiaje del trastorno depresivo. Sin embargo, utilizar instrumentos de tamizaje es valioso en la atención primaria a una comunidad. En esta oportunidad permitió asociar variables con la probable depresión y se demostró que el factor de riesgo más importante para depresión en la comunidad de La Marroquina es el desempleo, seguido de las comorbilidades. Se recomienda realizar estudios comparativos en Venezuela entre poblaciones rurales y urbanas; y proveer a la comunidad La Marroquina de atención tanto primaria como especializada para patologías que socaven la salud mental de sus habitantes.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no hay conflicto de interés.

Financiamiento

Fundación Proyecto Mayū logra llevar a cabo sus jornadas médico-odontológicas con el apoyo de otras fundaciones. En el caso de La Marroquina, estado Yaracuy, Chamos Charity, una ONG basada en Londres, cubre los gastos necesarios para llevar 50 miembros de Proyecto Mayū (estudiantes de medicina y odontología, y especialistas). Además, se reciben diversos donativos de medicamentos y alimentos de diversas empresas venezolanas y se realizan eventos sociales cuyos dividendos se destinan para la logística de dicha jornada. El presente trabajo se realizó durante la jornada médica, sin ningún costo adicional.

AGRADECIMIENTO

A Proyecto Mayū y sus miembros voluntarios por promover academia y oportunidades de investigación en espacios de servicio social. A Hacienda Guáquira por siempre acogernos en las visitas a la comunidad de La Marroquina, haciendo posible las operaciones de nuestra fundación en esa localidad. A Fundación Chamos in the Aid of the Children of Venezuela, por su apoyo incondi-

cional y trabajo conjunto en La Marroquina. A la Universidad Central de Venezuela por ser La casa que vence la sombra, incentivando la excelencia de su alumnado.

Número ORCID de los autores

- Jessica L. Leyva:
0000-0002-3823-8466
- Kevin J. Luna-Ladera:
0009-0007-5491-3410
- Miguel I. Gómez:
0000-0002-1246-0763
- Verónica Rodríguez-Rizk:
0000-0001-8500-0584
- Mariaelisa Affinito:
0009-0000-9804-2070
- Yoesmir Contreras-Montañez:
0000-0002-0912-1613
- Rodrigo T. Celis:
0009-0008-2721-3029
- María A. Pulido Febres:
0000-0002-4427-9862
- Jan Costa-Müller:
0009-0006-0795-2778
- Óscar D. Omaña-Ávila:
0000-0002-4505-215X

Contribución de los Autores

JCM realizó el diseño del estudio y llevó a cabo la consulta psiquiátrica (recolección de datos). JLL, KJL-L MIG, VR-R, MA, YC-M y RTC participaron en la recolección de datos y redacción del anteproyecto. MAPF, JLL y ODO-A supervisaron y redactaron la versión final.

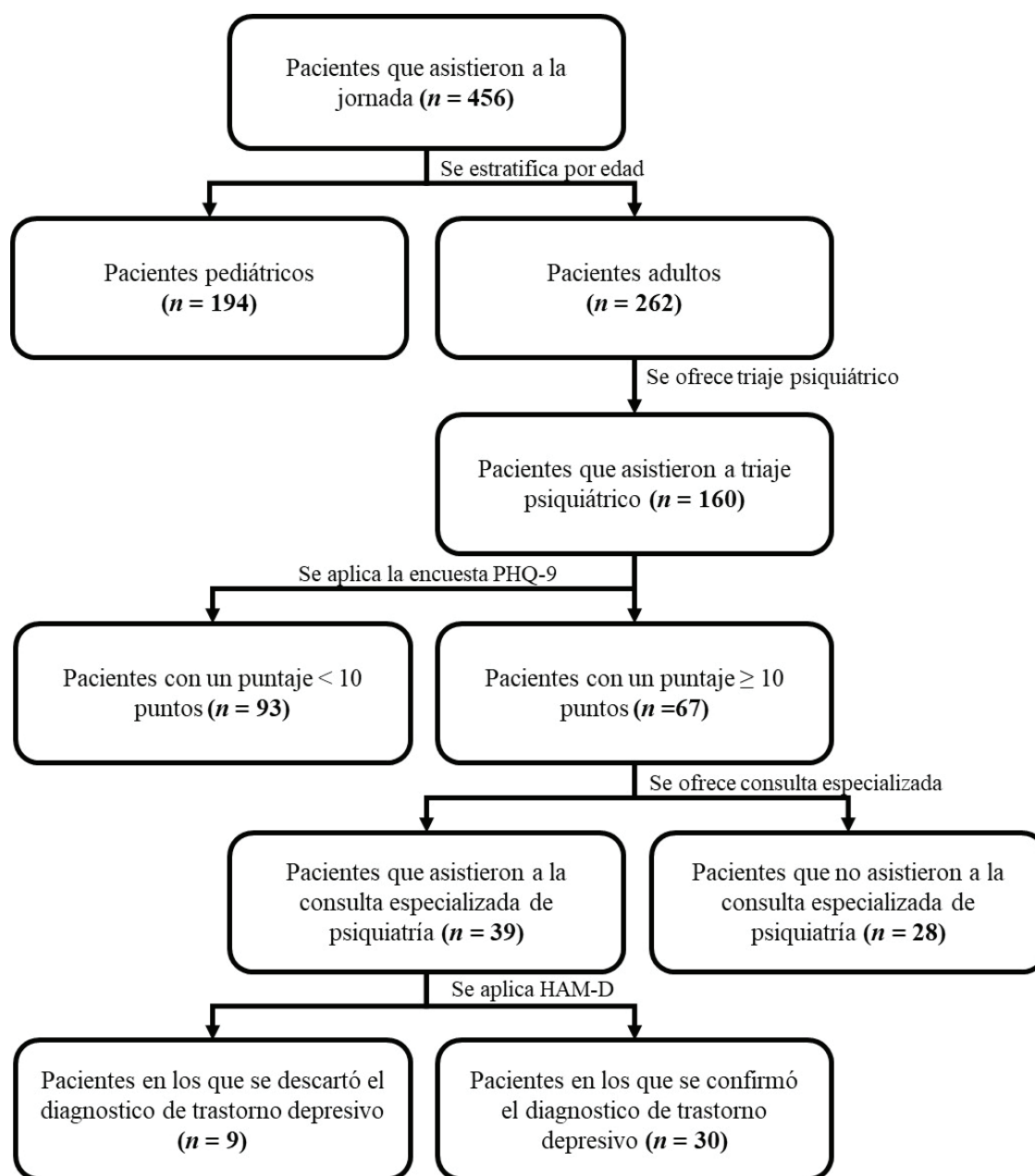
REFERENCIAS

1. Ma J, Zhou H, Fu Q, Lu G. Facilitators and barriers in the development and implementation of depression prevention and treatment policies in China: a qualitative study. BMC Public Health 2023; 23(1): 276-286.

2. **Organización Mundial de la Salud.** Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. 2022, Geneva: Organización Mundial de la Salud; 28. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>.
3. **Rivas-Sucari D, Rodríguez-Eguizabal JL, Rivas-Sucari HC.** Reflections on anxiety and depression disorders in pandemic times. *Gac. Med. Mex.* 2024; 160(2): 225-226.
4. **Lok V, Sjöqvist H, Sidorchuk A, Flodin P, Osika W, Daly M, Hyland P, Andersen LH, Fallesen P, Cabrera MC, Knudsen AKS, Wetherall K, Widnall E, Groarke JM, Armour C, Dalman C, Hollander AC, Niemi M.** Changes in anxiety and depression during the COVID-19 pandemic in the European population: A meta-analysis of changes and associations with restriction policies. *Eur. Psychiatry* 2023; 66(1): 1-12.
5. **GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators.** Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2013;2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 2016; 388(10053): 1603-1658.
6. **Marulanda MI, Aquino Y, Piña S, Torres L, Ugel E, Durán M, González-Rivas JP, Nieto-Martínez R.** Resúmenes de los trabajos de la Pirámide de Investigadores del EVESCAM presentados en el XXIV Congreso Venezolano de Medicina Interna. *Med. Interna* 2018; 34(4): 245-255.
7. **Baptista T, Valero E, Novoa Montero D, Torres RA.** Prevalencia de algunos trastornos mentales específicos en cuatro comunidades rurales en Trujillo, Venezuela. *Arch Venez Psiquiatr Neurol* 1999; 45(93): 17-27.
8. **Probst JC, Laditka SB, Moore CG, Harun N, Powell MP, Baxley EG.** Rural-urban differences in depression prevalence: implications for family medicine. *Fam Med* 2006; 38(9): 653-660.
9. **Wang JL.** Rural-urban differences in the prevalence of major depression and associated impairment. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(1): 19-25.
10. **Rost K, Zhang M, Fortney J, Smith J, Smith GR, Jr.** Rural-urban differences in depression treatment and suicidality. *Med. Care* 1998; 36(7): 1098-1107.
11. **Saha A, Mandal B, Muhammad T, Ali W.** Decomposing the rural-urban differences in depression among multimorbid older patients in India: evidence from a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2024; 24(1): 60-77.
12. **Jeong JA, Kim SA, Yang JH, Shin MH.** Urban-rural differences in the prevalence of depressive symptoms in Korean adults. *Chonnam Med. J.* 2023; 59(2): 128-133.
13. **Xu C, Miao L, Turner D, DeRubeis R.** Urbanicity and depression: A global meta-analysis. *J Affect Disord* 2023; 340: 299-311.
14. **Fortney JC, Harman JS, Xu S, Dong F.** The association between rural residence and the use, type, and quality of depression care. *J. Rural Health* 2010; 26(3): 205-213.
15. **Rodríguez A, Meneses J.** Transformaciones rurales en América Latina y sus relaciones con la población rural. 2011, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe: 45. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10986/8317>.
16. **Chomitz KM, Buys P, Thomas TS.** Quantifying the rural-urban gradient in Latin America and the Caribbean. Vol. 3634. 2005: World Bank Publications.
17. **Proyecto Mayū.** Disponible en: <https://proyectomayu.com/>.
18. **Caritas Venezuela.** Mapas de geolocalización. 2024. Disponible en: <https://caritas-venezuela.org/mapas-y-boletines/mapas-de-geolocalizacion/>.
19. **Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB.** The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16(9): 606-613.
20. **Zimmerman M, Martinez JH, Young D, Chelminski I, Dalrymple K.** Severity classification on the Hamilton depression rating scale. *J Affect Disord* 2013; 150(2): 384-388.

21. **Hamilton M.** A Rating Scale for Depression. 1960; 23(1): 56-62.
22. **Campo-Arias A, Pedrozo-Pupo JC, Cogollo-Milanés Z.** PHQ-9 in screening of major depressive episode among COVID-19 survivors. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)* 2023; 52(3): 173-175.
23. **Cassiani-Miranda CA, Vargas-Hernández MC, Pérez-Aníbal E, Herazo-Bustos MI, Hernández-Carrillo M.** Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena, 2014. *Biomedica* 2017; 37: 112-120.
24. **World Medical Association.** World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. *JAMA* 2024.
25. **Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF.** Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry* 2008; 8(1): 1-12.
26. **Lynch H, McDonagh C, Hennessy E.** Social anxiety and depression stigma among adolescents. *J Affect Disord* 2021; 281: 744-750.
27. **Peluso Ede T, Blay SL.** Public stigma in relation to individuals with depression. *J Affect. Disord* 2009; 115(1-2): 201-206.
28. **Yokoya S, Maeno T, Sakamoto N, Goto R, Maeno T.** A brief survey of public knowledge and stigma towards depression. *J Clin Med Res* 2018; 10(3): 202-209.
29. **Prizeman K, Weinstein N, McCabe C.** Effects of mental health stigma on loneliness, social isolation, and relationships in young people with depression symptoms. *BMC Psychiatry* 2023; 23(1): 527-541.
30. **Al-Shannaq Y, Jaradat D, Wafa'a F, Jaradat D.** Depression stigma, depression literacy, and psychological help seeking attitudes among school and university students. *Arch Psychiatr Nurs* 2023; 46: 98-106.
31. **Navarro Gómez N, Trigueros Ramos R.** Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática. *Psychology, Society & Education* 2019; 11(2): 253-266.
32. **Rajan S, McKee M, Rangarajan S, Bangdiwala S, Rosengren A, Gupta R, Kutty VR, Wielgosz A, Lear S, AlHabib KF, Co HU, Lopez-Jaramillo P, Avezum A, Seron P, Oguz A, Kruger IM, Diaz R, Nafiza MN, Chifamba J, Yeates K, Kelishadi R, Sharief WM, Szuba A, Khatib R, Rahman O, Iqbal R, Bo H, Yibing Z, Wei L, Yusuf S.** Association of symptoms of depression with cardiovascular disease and mortality in low-, middle-, and high-income countries. *JAMA Psychiatry* 2020; 77(10): 1052-1063.
33. **Ma S, Yang J, Yang B, Kang L, Wang P, Zhang N, Wang W, Zong X, Wang Y, Bai H, Guo Q, Yao L, Fang L, Liu Z.** The Patient Health Questionnaire-9 vs. the Hamilton Rating Scale for Depression in assessing major depressive disorder. *Front Psychiatry* 2021; 12: 747139-48.
34. **Sun Y, Fu Z, Bo Q, Mao Z, Ma X, Wang C.** The reliability and validity of PHQ-9 in patients with major depressive disorder in psychiatric hospital. *BMC Psychiatry* 2020; 20(1): 474-480.
35. **Ridley M, Rao G, Schilbach F, Patel V.** Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science* 2020; 370(6522): 1-12.
36. **Romans S, Cohen M, Forte T.** Rates of depression and anxiety in urban and rural Canada. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2011; 46(7): 567-575.
37. **Vázquez Machado A.** Factores psicosociales asociados a la depresión en un grupo de mujeres venezolanas. *Rev Hosp Psiquiátrico Habana* 2013; 10(2): 1-11.
38. **Álvaro JL, Garrido A, Pereira CR, Torres AR, Barros SC.** Unemployment, self-esteem, and depression: differences between men and women. *Span. J Psychol* 2019; 22: 1-9.
39. **Zuelke AE, Luck T, Schroeter ML, Witte AV, Hinz A, Engel C, Enzenbach C, Zachariae S, Loeffler M, Thiery J, Villringer A, Riedel-Heller SG.** The association between unemployment and depression-Results from the population-based LIFE-adult-study. *J. Affect. Disord.* 2018; 235: 399-406.

Anexo 1. Flujoograma.



Anexo 2. Cuestionario PHQ-9

Nombre y Apellido: _____ CI: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado: _____ Municipio: _____ Parroquia: _____

Comorbilidades (Cardiovasculares / Metabólicas / Obesidad / Insomnio / Mentales): _____

Situación laboral actual: _____

Situación sentimental: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "✓" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada difícil
☐

Un poco difícil
☐

Muy difícil
☐

Extremadamente difícil
☐

Anexo 3.

Cuestionario HAM-D

Nombre y Apellido: _____ CI: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Estado: _____ Municipio: _____ Parroquia: _____
 Comorbilidades (Cardiovasculares / Metabólicas / Obesidad / Insomnio / Mentales): _____
 Situación laboral actual: _____ Situación sentimental: _____

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

Versión de JA Ramos-Brieva y A Cordero-Villafáfila

1- ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO _____ []

0 Ausente

1 *Ligero*: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo

2 *Moderado*: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación....

3 *Intenso*: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas

4 *Extremo*: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros

2- SENTIMIENTOS DE CULPA _____ []

0 Ausente

1 *Ligero*: autorreproches, teme haber decepcionado a la gente

2 *Moderado*: ideas de culpabilidad; sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención

3 *Intenso*: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece

4 *Extremo*: ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias

3- SUICIDIO _____ []

0 Ausente

1 *Ligero*: la vida no vale la pena vivirla

2 *Moderado*: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morirse

3 *Intenso*: ideas o amenazas suicidas

4 *Extremo*: serio intento de suicidio

4- INSOMNIO INICIAL (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []

0 Ausente

1 *Ocasional*: tarda en dormir entre media y una hora (<3 noches/semana)

2 *Frecuente*: tarda en dormir más de una hora (3 ó más noches /semana)

5- INSOMNIO MEDIO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []

0 Ausente

1 *Ocasional*: está inquieto durante la noche; si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana)

2 *Frecuente*: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 ó más noches seguidas por semana)

6- INSOMNIO TARDÍO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []

0 Ausente

1 *Ocasional*: se despierta antes de lo habitual (<2 horas antes; <3 días por semana)

2 *Frecuente*: se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 ó más días por semana)

7- TRABAJO Y ACTIVIDADES _____ []

0 Ausente

1 *Ligero*: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distíngalo de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.

2 *Moderado*: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).

3 *Intenso*: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (Trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.

4 *Extremo*: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice.

8- INHIBICIÓN _____ []0 *Ausente*1 *Ligera*: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.2 *Moderada*: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).3 *Intensa*: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar.4 *Extrema*: estupor depresivo completo; entrevista imposible.**9- AGITACIÓN** _____ []0 *Ausente*1 *Ligera*: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos2 *Moderada*: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos, se muerde las uñas, las manos...3 *Intensa*: no puede estar quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.4 *Extrema*: la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".**10- ANSIEDAD PSÍQUICA** _____ []0 *Ausente*1 *Ligera*: tensión subjetiva e irritabilidad.2 *Moderada*: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.3 *Intensa*: actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.4 *Extrema*: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.**11- ANSIEDAD SOMÁTICA** _____ []0 *Ausente*1 *Ligera*: un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.2 *Moderada*: varios síntomas de distintos sistemas.3 *Intensa*: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.4 *Extrema*: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.**12- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES** _____ []0 *Ausentes*:1 *Ligeros*: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo; sensación de pesadez en el abdomen.2 *Intensos*: pérdida de apetito, no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.**13- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES** _____ []0 *Ausentes*:1 *Ligeros*: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cabeza, músculos.2 *Intensos*: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.**14- SÍNTOMAS GENTALES (preguntar siempre)** _____ []0 *Ausentes*: o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).1 *Ligeros*: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).2 *Intensos*: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.**15- HIPOCONDRÍA** _____ []0 *Ausente*:1 *Ligera*: preocupado de sí mismo (corporalmente).2 *Moderada*: preocupado por su salud.3 *Intensa*: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.4 *Extrema*: ideas hipocondríacas delirantes.**16- PÉRDIDA DE INTROSPECCIÓN** _____ []0 *Ausente*: se da cuenta de que está enfermo, deprimido.1 *Ligera*: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.2 *Moderada*: niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.**17- PÉRDIDA DE PESO** _____ []0 *Ausente*:1 *Ligera*: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr/semana ó 2,5 kg/año (sin dieta).2 *Intensa*: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior a 1 kg/semana ó 4,5 kg/año (sin dieta).**PUNTUACIÓN TOTAL** _____ []