

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE
HUAMANGA**

ESCUELA DE POSGRADO

**SECCION DE POST GRADO DE LA FACULTAD DE
ENFERMERIA**

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA



TESIS

**INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN
ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCION EN EL CENTRO
ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013**

Para Obtener el Grado Académico de:

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

Presentada por EDITH ESPINOZA MENDOZA

Asesora: Dra. RUTH ELENA ALARCÓN MUNDACA

AYACUCHO- PERU

2014

A Dios por darme la vida y permitirme la
realización de mi sueño, el Grado de Maestría.
A mis padres, por su apoyo incondicional en
todos los momentos de mi vida y ayudarme a
salir adelante para conseguir mis metas.

Edith.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, Alma Mater, por haberme brindado la oportunidad de desarrollar mis habilidades, capacidades y competencias.

A las autoridades y docentes de la Sección de Post Grado de la Facultad de Enfermería, Maestría de Salud Pública, por formar profesionales de la salud líderes con trato humanismo ético, investigadores y comprometidos con la problemática regional y nacional.

A mi asesora Dra. Ruth Elena, Alarcón Mundaca, por sus aportes, orientaciones y sugerencias durante el desarrollo de la presente investigación.

A la Dirección del Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho COSMA, por la facilidades brindadas para acceder a las historias clínicas de los usuarios atendidos durante el año 2013 y la aplicación del instrumento para la ejecución del presente estudio.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCUCION	
I. REVISIÓN DE LITERATURA	13
1.1 Antecedentes	13
1.2 Base Teórica Científica	17
1.3 Hipótesis	52
II. MATERIAL Y MÉTODOS	53
2.1 Enfoque de Investigación	53
2.2 Tipo de investigación	53
2.3 Tipo de Diseño de Investigación	53
2.4. Área de Estudio	53
2.5. Población	54
2.6. Técnicas de Recolección de Datos	54
2.7. Instrumento de Recolección de Datos	54
2.8. Recolección de Datos	55
2.9. Procesamiento y Análisis de Datos	56
III. RESULTADOS	57
IV. DISCUSION	76
CONCLUSIONES	97
RECOMENDACIONES	98
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	99
ANEXOS	105

INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCION EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013.

Bach. ESPINOZA MENDOZA, Edith

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, se realizó con el objetivo de: Determinar la incidencia de la depresión y factores de riesgo en adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2013. La hipótesis planteada fue: La incidencia de depresión es mayor en adolescentes que presentaron mayor número de factores de riesgo biológico, psicológico y social. Para tal propósito, se planteó una investigación con enfoque cuantitativo, tipo aplicativo, diseño descriptivo, correlacional y retrospectivo. El área de estudio fue el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho COSMA y la población en estudio estuvo constituido por todos los adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado en el periodo 2013. La técnica de recolección de datos fue a través del análisis documental (historias clínicas) y los instrumentos fueron la ficha de recolección de datos y la lista de cotejo. Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS y para el análisis estadístico se emplearon: la prueba Chi cuadrado con corrección de continuidad, Odds Ratio (oportunidad de riesgo) y el Coeficiente de Correlación "r" de Pearson. Los resultados determinaron que: del 100% (154) de adolescentes que recibieron atención el 40,9% presentó depresión y el 59,1% no presentó este trastorno de ánimo y el número de factores de riesgo biológico, psicológico y social se correlaciona directamente con la presencia de depresión a un nivel altamente significativo y en grado medio ($r = 0,719$; $p < 0,001$). En conclusión, cuanto más expuestos están los adolescentes a un mayor número de factores de riesgo incrementa la probabilidad de presentar depresión.

Palabras claves: Incidencia de la depresión, factores de riesgo, adolescentes.

IMPACT OF DEPRESSION AND RISK FACTORS IN RECEIVING ATTENTION TEENS IN SPECIALIZED MENTAL HEALTH CENTER OF AYACUCHO, 2013.

Bach. ESPINOZA MENDOZA, Edith

ABSTRACT

This research was conducted in order to determine the incidence of depression and risk factors in adolescents who received care at the Mental Health Specialized Center of Ayacucho, 2013. The hypothesis was: The incidence of depression is higher in adolescents with higher number of factors of biological, psychological and social risk. For this purpose, a quantitative research approach, application type, descriptive, correlational and retrospective design was raised. The study area was the Mental Health Specialized Center of Ayacucho COSMA and the study population consisted of all adolescents who received care at the specialized center in the 2013 period. The technique of data collection was through documentary analysis (medical records) and instruments were the data collection sheet and checklist. The data were processed in SPSS and statistical analysis were used: the Chi-square test with continuity correction, Odds Ratio (opportunity risk) and the correlation coefficient "r" Pearson. The results determined: 100 % (154) of adolescents who received care 40.9 % presented depression and 59.1 % did not present this mood disorder and the number of factors of biological, psychological and social risk correlates directly with the presence of depression at a highly significant level and intermediate-grade ($r = 0.719$, $P < 0.001$). In conclusion, the more teens are exposed to a greater number of risk factors increases the probability of depression.

Key Words: Incidence of depression, risk factors, teens.

INTRODUCCION

En los últimos años los estudios de diversos padecimientos que aquejan al ser humano, se han incrementado, especialmente los relacionados con la salud mental, mediante los cuales se registra una alta incidencia de esquizofrenia, depresión y ansiedad.¹

La Organización Mundial de la Salud 2012 refiere que al menos 350 millones de persona viven con depresión y es la principal causa de discapacidad en el mundo que afecta a individuos independientemente de su edad, género o condición socio-económica, además, una de cada cinco personas llegará a desarrollar depresión a lo largo de la vida.² La depresión es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con serias repercusiones sobre la calidad de vida, el desempeño social y ocupacional.³

Según Weissman, Wolk, Goldstein, Moreau, Harrington y et al (1999) en España, en una de sus publicaciones sobre la adolescencia y la depresión manifiestan que en los adolescentes, la depresión tiene gran impacto sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales. También existen evidencias de la posible continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y de su prolongación durante la etapa adulta, lo cual se ve reflejado en los altos índices de consultas, hospitalizaciones psiquiátricas, en los problemas laborales y de relación en el futuro que origina.^{4,5} Por otra parte, los trastornos depresivos se encuentran asociados con abuso de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y con aumento de la violencia y de la agresividad, así como de

trastornos de la conducta alimentaria , por lo que la depresión en la adolescencia, además del propio costo personal, puede conllevar a un grave costo social.^{6,7}

Zuluaga, Hoyos, De Galvis y Et al (2009-2012) en un estudio sobre los factores de riesgo de la depresión en adolescente en la ciudad de Medellín Colombia, manifiestan que una mirada multifactorial de esta problemática implica que la depresión en adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, factores biológicos (herencia, alteraciones estructurales y funcionales en el sistema nervioso central), psicológicos (personalidad, factores relacionado con el desarrollo, autoestima, etc.) y sociales (contexto social, económico, ideológico, roles, violencia familiar, etc.); que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo.^{8,9} La presencia de estos factores de riesgo inciden de manera negativa en el ámbito emocional y cognitivo de los adolescentes, incrementando la probabilidad de que los adolescentes sean más propensos a desarrollar o sufrir un trastorno depresivo, de esto parte la importancia de identificar los factores de riesgo biopsicosocial a tiempo.¹⁰ Así mismo estos autores en el 2012 en un estudio sobre los factores de riesgo de la depresión en adolescente en la ciudad de Medellín Colombia manifiesta que los factores psicológicos y sociales como eventos vitales estresantes, problemas en la relación con los padres, afiliaciones con pares con comportamientos pro sociales y antisociales, logros y compromiso académico, tienen una relación frente a los trastornos internalizantes, donde se encuentra la depresión.⁸

Del mismo modo en México, en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2009) refiere que la depresión se encuentra entre los cinco trastornos con mayor presencia en la población y el estudio muestra que la adolescencia es la etapa donde hay mayor riesgo de que se presente.¹⁰ Por otro lado el Ministerio de Salud de Chile (2006) a través de su Guía Clínica de Atención Primaria en Depresión manifiesta, que hay una relación entre los factores de riesgo (ocurrencia de algunos eventos negativos de la vida cotidiana que causan aflicción o estrés) y la aparición de la depresión. En donde los factores de riesgo como la pérdida por separación o fallecimiento son muy importantes y

los cambios bio-psico-sociales resultantes de un primer episodio dejan a las personas en una posición de mayor riesgo de sufrir nuevos episodios de depresión.¹¹

No es ajeno a este problema mundial, en Perú; Según Velásquez (2006) los estudios de carga morbilidad realizados por el Ministerio de Salud en el 2004 han demostrado que la depresión constituye el principal problema de carga entre otras patologías físicas y los efectos de esta enfermedad reduce la calidad de vida, la capacidad funcional, la productividad, la integración social e independencia de las personas.¹² Así mismo dentro de las primeras 50 causas de carga de enfermedad y lesiones, la depresión ocupa el quinto lugar siendo un problema de salud pública para nuestro país.¹³ Por otro lado en un estudio realizado por Vargas, Tovar y Valverde (2010) en Lima Metropolitana y Callao refiere que el número de casos de episodio depresivo en adolescentes es 8.6%, el cual fue similar y en algunos casos mayor a la encontrada en adolescentes de otros países y los factores de riesgo relacionados que mejor predijeron el episodio depresivo fueron: edad de 15 a 17 años, sexo femenino, nada o poca satisfacción con las relaciones sociales, reglas y castigos en el hogar injustos y problemas alimentarios.¹⁴

Según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideo Noguchi (2004) realizó un Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2003 donde fue llamativo la alta tasa de casos de trastornos psiquiátricos en la ciudad de Huamanga con un 50%.¹⁵ Igualmente en el estudio epidemiológico refiere que el trastorno clínico más frecuente en los adolescentes de Ayacucho es la fobia social seguido del episodio depresivo moderado a severo 1,4%.¹⁶

En el Hospital Regional de Ayacucho (2007) en su Análisis de Situación de Salud del 2006 se encontró que la adolescencia es el grupo etareo que ocupa el cuarto lugar de atención de consulta externa con un total de más de 200 casos atendidos con trastornos mentales y comportamiento.¹⁷

En este contexto, el Centro Especializado de Salud Mental, es una institución privada donde acuden numerosos pacientes de los diferentes estratos sociales, económicos, sexo y religión para recibir tratamiento psicológico y/o

psiquiátrico. En el año 2013 se ha observado una mayor asistencia de adolescentes solicitando atención por problemas de salud mental y teniendo presente que la depresión es un problema frecuente en esta población que puede desarrollar repercusiones importantes en su desenvolvimiento personal, familiar, social y ser el responsable del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas y que los factores de riesgo inciden de manera negativa en incrementar la probabilidad de presentar la depresión; fueron las razones que me motivaron el interés por investigar : **“INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013”**; para lo cual el problema de investigación fue formulado en los siguientes términos: ¿Cuál es la incidencia de la depresión y los factores de riesgo en los adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2013? , para su efecto se planteó los siguientes objetivos:

General:

Determinar la incidencia de la depresión y los factores de riesgo en adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2013. Específicos:

- Cuantificar la incidencia de la depresión en adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2013.
- Determinar los niveles de episodio depresivo en adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2013.
- Determinar la incidencia de la depresión según el distrito de procedencia de los adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2013.
- Identificar los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la incidencia de depresión en adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2013.

- Correlacionar el número de factores de riesgo biológico, psicológico y social con la incidencia de la depresión en los adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2013.

Del mismo modo la importancia del presente estudio radica en que hasta la actualidad no se cuenta con datos estadísticos que aporten información local o regional para conocer la incidencia de depresión y los factores de riesgo en adolescentes, sin embargo a través del presente estudio se aportará información importante y confiable, información que servirá a las autoridades sanitarias, profesionales de la salud mental y otros, a generar proyectos, políticas, programas y/o estrategias de intervención en salud mental como instrumentos alternativos de apoyo en el tratamiento de este trastorno mental que permita la detección temprana y el tratamiento precoz de la depresión en adolescentes dentro de grupos vulnerables y así poder prevenir consecuencias tan graves como el suicidio .

Contrastando la hipótesis planteada se establece que: La incidencia de depresión es mayor en adolescentes que presentaron mayor número de factores de riesgo biológico, psicológico y social ($r = 0,719$; $p < 0,001$).

Y teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos de la presente investigación se empleó el siguiente diseño metodológico: tipo de investigación con enfoque cuantitativo, aplicativo, diseño descriptivo correlacional y retrospectivo. La población en estudio estuvo constituido por todos los adolescentes que recibieron atención por primera vez en el Centro Especializado en el periodo 2013.

La técnica de recolección de datos fue a través del análisis documental (historias clínicas) y los instrumentos fueron: primero la ficha de recolección de datos que consistió en extraer los datos generales del usuario adolescente y datos sobre el trastorno mental como fue el diagnóstico psicológico y/o psiquiátrico para determinar la incidencia de la depresión; así mismo esta ficha permitió extraer la frecuencia e intensidad de los signos y síntomas de la depresión para determinar los niveles de episodio depresivo utilizando para ello los criterios diagnósticos del CIE 10 Capítulo V de Trastornos Mentales y de Comportamiento

donde nos da a conocer los criterios diagnósticos de los niveles de episodio depresivo el cual se encuentra en la ficha de datos. El segundo instrumentó que se utilizó fue la lista de chequeo de factores de riesgo de la depresión con la cual se extrajo datos de la historia clínica de todos los adolescentes sobre los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales para poder identificar y determinar los factores de riesgo relacionados con la incidencia de depresión en adolescentes.

Luego de haber extraído toda la información los datos recolectados fueron procesados en el paquete estadístico SPSS y para el análisis estadístico se emplearon: la prueba Chi cuadrado con corrección de continuidad, Odds Ratio (Oportunidad de Riesgo) y el Coeficiente de Correlación “r” de Pearson. Finalmente se construyó en cuadros simples y compuestos de acuerdo a los objetivos propuestos para su interpretación y análisis.

Como producto del procesamiento estadístico de los datos recolectados se obtuvo los siguientes resultados: Del 100% (154) de adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho 2013 el 40,9% presentó depresión. Los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales como: los problemas o enfermedades físicas personales (IC 95%: 1,594; 107,519), el pesimismo (IC 95%: 18,297; 354,338), la baja autoestima, la violencia sexual (IC 95%: 1,772; 39,789) y los problemas económicos (IC 95%: 2,775; 58,253) son factores de riesgo relacionados con la incidencia de la depresión. Es decir, los adolescentes con estos factores de riesgo tienen un riesgo mayor de presentar depresión. Así mismo el número de factores de riesgo se correlaciona directamente con la incidencia de depresión a un nivel altamente significativo y en grado medio ($r = 0,719$; $p < 0,001$).

El presente estudio de investigación ha sido estructurada de la siguiente manera: introducción, revisión de literatura, material y métodos, resultados, discusiones y finalmente, se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencia bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1. ANTECEDENTES

Hecha la revisión de la literatura referente al tema se han encontrado diversos trabajos relacionados al problema a nivel mundial, nacional y local de los cuales considero los más importantes:

Según Vizcarra, M., Pimentel, D., Maldonado, B. & Otros (2009) en México, en la investigación transversal analítica, titulada: “Frecuencia y factores de riesgo de depresión en adolescentes” obtuvo los siguientes resultados: se encuestaron 1,160 alumnos, la media de edad fue 16 y 17 años, el 58.3% de mujeres se detectó una prevalencia de 18.3% de probable depresión de la cual el 12.9% leve, 4.4% moderada y 0.9% grave. El promedio de factores de riesgo fue de 7.34 ± 2.95 ; al sumar 10 factores de riesgo incrementa 4 veces más la posibilidad de tener depresión IC95% y los factores de riesgo identificados fueron: sociodemográficos, socioeconómicos, nivel educativo familiar, violencia intrafamiliar, adicciones e imagen física personal.¹⁸

Así mismo Galicia, I & Sánchez, A. (2009) en México, en la investigación descriptivo transversal, titulada: “Factores asociados a la depresión en adolescentes: rendimiento escolar y dinámica familiar” obtuvo los siguientes resultados: se identifican mayores porcentajes de mujeres con algún nivel de depresión que de hombres, en los niveles leve y severo se encontraron más mujeres que hombres.¹⁰

De igual forma Leyva, R., Hernández, A., Nava, G. & López, V. (2006) en México, en la investigación de estudio observacional, prospectivo y transversal, titulada: “Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar” obtuvo los siguientes resultados: la frecuencia de depresión fue de 29.8 %; en el sexo masculino se identificó el 18.7 % y en la mujer 42.4 %. En los adolescentes con depresión se observó con mayor frecuencia la familia rígidamente dispersa; en los adolescentes sin depresión fueron más comunes las familias flexiblemente aglutinadas, las estructuralmente aglutinadas y la rígidamente aglutinada.¹⁹

Por otro lado Palazzo, S., Béria, U., Fernández, A. & Tomasi, E. (2001) en Brasil, en la investigación descriptivo transversal, titulada: “Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva” determinaron que: la prevalencia de depresión en adolescentes que consultan con médicos de atención primaria es 26,5%; el 99,2% de casos de depresión en adolescentes no son identificados por médicos de atención primaria; muchos adolescentes consultan con médicos de atención primaria por motivos relacionados con la sexualidad (49,5%), principalmente embarazo (31,7%); la depresión en adolescentes es frecuente en atención primaria y no suele ser identificada, la razón se puede atribuir al tipo de depresión, que suele ser leve o focalizada en una sola dimensión de la vitalidad humana; por una tendencia del médico a centrar su atención en la queja sin ampliar el espectro clínico o incluso porque el adolescente apenas expresa sus problemas emocionales, lo que contribuye para que la depresión pase con frecuencia sin ser diagnosticada.²⁰

Por su parte Zuluaga, E., Hoyos, M. & De Galvis, Y. (2012) en Colombia, en un estudio de diseño analítico de casos y controles, titulada: “Factores de

riesgo y de protección de la depresión en los adolescentes de la ciudad de Medellín” obtuvo los siguientes resultados: la población de estudio, se caracterizó por ser mujeres en un 56,7% y el porcentaje restante fueron hombres, con una edad comprendida entre los 9 y 19 años residentes en la ciudad de Medellín, pertenecientes a las escuelas públicas y privadas de la ciudad, se encontró asociación significativa con la cohesión familiar, escala social y área académica. En el modelo se observa que variables como cohesión familiar, la edad, la insatisfacción con la forma de conversar con el padre y la interacción entre sexo y grado, actúan como factores de riesgo al momento de presentarse episodios de depresión. Mientras que variables como expresión de sentimientos al padre, escala social, buen nivel académico, buenas relaciones con el maestro se muestran como factores protectores a la hora de presentar grados de depresión en la población adolescente.⁸

Para Vargas, H., Tovar, H. & Valverde, J. (2010) en Perú, en su estudio de corte transversal, con muestreo probabilístico trietápico por conglomerados, titulada: “Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao” obtuvo los siguientes resultados: la prevalencia actual del episodio depresivo en adolescentes fue 8.6%, observándose según el análisis multivariado asociaciones estadísticamente significativas con: edad de 15 a 17 años, sexo femenino, nada o poca satisfacción con las relaciones sociales, reglas y castigos en el hogar injustos, problemas alimentarios y deseos de morir.¹⁴

Mientras que el Honorio Delgado Hideo Noguchi. (2009) en Perú, en un estudio de tipo descriptivo epidemiológico de corte transversal, titulada: “Estudio epidemiológico de salud mental en la sierra rural 2008” obtuvo los siguientes resultados: el trastorno clínico más frecuente en los adolescentes es la fobia social y la depresión moderado a severo en un 2,8% y 2,0% respectivamente, la adolescencia es una etapa de vida vulnerable al abuso y el más frecuente es el abuso psicológico, uno de cada 16 adolescentes han tenido deseos de morir en el último año y el motivo son los problemas con los familiares especialmente los

padres; la pobreza y la violencia son los principales problemas percibidos por los adolescentes, percepción que genera sentimientos de preocupación y pena, tristeza o depresión.¹⁶

Así mismo nuevamente Vargas, H., Tovar, H. & Valverde, J. (2010) en Perú, en un estudio epidemiológico de corte transversal, con muestreo probabilístico trietápico por conglomerados, titulada: “Prevalencia y factores de riesgo con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la sierra peruana 2003” obtuvo los siguientes resultados : la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes fue de 5,7%, se encontró una mayor prevalencia de episodio depresivo en el grupo etáreo de 15 a 17 años (7,4%), en comparación con el grupo etáreo de 12 a 14 años (4,1%); de la misma forma, la prevalencia fue mayor en el sexo femenino (8,3%) que en el masculino (2,9%). Además se encontró que los factores que mejor predijeron el episodio depresivo fueron: sexo femenino, haber tenido enamorado (a), síndrome psicótico y deseos de morir, mostrando diferencias con significancia estadística en los grupos de comparación.²¹

Por su parte Ramírez, F. (2009) en Perú, en un estudio observacional y transversal, titulada: “Síntomatología depresiva en mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados” obtuvo los siguientes resultados: del total de alumnas, 28 (15.9%) tenían 15 años, 125 (71.0%) tenían 16 años y 23 (13.1%) tenían 17 años. La prevalencia encontrada de depresión fue del 29.5% y el análisis bi variado de presencia de depresión con las características sociodemográficas muestran que la edad, las horas extras de estudio fuera de las clases, antecedente de violencia sexual y violencia escolar estuvieron estadísticamente asociadas ($p < 0,05$). En la regresión logística el antecedente de agresión escolar, el tener 16 años de edad y el antecedente de agresión sexual estuvieron asociadas para desarrollar síntomas depresivos en la adolescencia.²²

Y por último Barboza, E., Siles, F. & Huancahuari, A. (2009) en Ayacucho, en un estudio de tipo descriptivo, analítico, transversal titulada: “Epidemiología de la depresión, temores y personalidad de escolares de la Provincia de Huamanga

Ayacucho” obtuvo los siguientes resultados: se identifica la relación que hay entre los rasgos de personalidad con la depresión incrementándose la tendencia y presencia de los rasgos de la depresión con la edad. En los escolares del 1er y 4to año de secundaria se aprecia mayor tendencia y presencia de rasgos de depresión según personalidad introvertida de 68% y 33% en comparación con los escolares extrovertidos quienes presentan menor riesgo de presentar depresión. Existe relación entre los rasgos de la personalidad y la capacidad de tener o no la depresión.²³

1.2 BASE TEORICA CIENTIFICA.

1.2.1. DEPRESIÓN.

Una cosa es la tristeza, sentimiento normal, como la alegría y otra la depresión o tristeza patológica. La tristeza es un estado de ánimo que se experimenta de ordinario ante situaciones adversas de la vida cotidiana, de corta duración no altera la conducta. En cambio, la depresión constituye una patología psicopatológica que puede adoptar la forma de síntoma (la vivencia anómala de sentirse deprimido), de síndrome (un estado accesible al diagnóstico clínico) y de enfermedad (una entidad nosológica definida por su etiopatogenia y curso propio).²⁴

La depresión es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño social ocupacional.³

La depresión se describe como un estado de ánimo con tristeza persistente y prolongada que dura más de 2 semanas. Este estado puede tener lugar en un único episodio o en un patrón recurrente a lo largo del tiempo.²⁵

La tristeza grave es el síntoma central del trastorno depresivo, un síndrome caracterizado por descenso del humor, pensamientos depresivos y (en los casos

más severos) síntomas biológicos. Los síntomas depresivos pueden presentarse también en muchas otras enfermedades psiquiátricas, como en la esquizofrenia o en la demencia. Junto con la ansiedad, la depresión es la queja psicológica más frecuente en los pacientes vistos en atención primaria y en muchos casos se deberá a un trastorno depresivo psiquiátrico.²⁶

La depresión es un síndrome y una enfermedad. Como síndrome, los síntomas de la depresión son universales e inespecíficos; se presenta frecuentemente en la mayoría de los trastornos emocionales y en muchos somáticos y es necesario un adecuado diagnóstico diferencial para no omitir el tratamiento del problema de fondo. Como enfermedad, la depresión ha ocasionado más dolor a quienes la han padecido que cualquier otro problema mental o somático.²⁷

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonea), cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren.²⁸

La depresión, en su forma de síndrome integral, se manifiesta como trastorno depresivo mayor, con una evolución episódica y grados variables de manifestaciones residuales entre episodios.²⁹

En psiquiatría el término "depresión" implica al menos tres significados; puede referirse a un síntoma, a un síndrome y también a una entidad nosológica. El elemento semiológico elemental es un aspecto fenomenológico caracterizado por un trastorno, un descenso del humor (timia) que termina siendo triste. Alrededor este síntoma que denominamos provisionalmente elemental, se agrupan otros síntomas que han podido justificar la descripción del síndrome e incluso de la entidad patológica; en efecto, se trata de un proceso patológico extremadamente complejo que parece muy difícil referirlo a un efecto primario. Precisemos especialmente que es posible referir el síndrome a una "depresión" de naturaleza fisiológica, porque las depresiones biológicas, el bloqueo fisiológico puede no ser

más que parcial, mientras que otras funciones parecen en estado de sobre excitación.³⁰

1.2.1.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN.

La Depresión es un trastorno frecuente en todo el mundo y representa un problema de salud pública, según estudios recientes el 5% de la población mundial sufre de algún trastorno depresivo.³¹

La depresión constituye la mayor fuente humana de infortunio y sufrimiento, su frecuencia es muy alta (probablemente más del 4% de la población mundial padece algún tipo de depresión que requiere tratamiento) y todo parece indicar que va en aumento, la incidencia anual es de 0,009-0,015% para los hombres y 0,007-0,03% para las mujeres. Por lo demás, la depresión es mucho más frecuente que la manía.²⁴

El número de individuos que tienen depresión, varía de 3 a 6 % de la población general según las regiones. Por su parte del riesgo de morbilidad en los individuos, la posibilidad de enfermarse durante su vida, es del 20%, siendo esta proporción mayor en la mujer. Lo anterior implica que de cada 5 personas que nacen, una padecerá depresión al menos 1 vez en su vida, de esta, el 70% de los casos tendrá más de un episodio. El riesgo de padecer depresión es de 2 a 6 veces mayor en parientes de primer grado (a diferencia de aquellos que no tienen antecedentes familiares) y en aquellos con una historia familiar de trastornos afectivos y alcohólicos, enfermedades crónicas, trastorno de personalidad e historia de eventos traumático tempranos o abuso infantil.³

La incidencia de la depresión aumenta conforme avanza la edad; en niños preescolares ocurre la depresión en menos del 1%, en niños escolares la depresión ocurre en casi el 2% y en los adolescentes la frecuencia de depresión aumenta notoriamente en 7-10%.³² Estudios realizados sobre tasas de depresión en la adolescencia han aportado cifras variables, en donde la incidencia de la depresión oscila en un 1-2% y en una muestra de pacientes adolescentes hospitalizados indican que el 50% estaban deprimidos.³³

La depresión es más frecuente en las mujeres y en aquellos con tendencia familiar al trastorno. La incidencia de depresión es más elevada entre los adolescentes con edades comprendidas entre los 14 a los 16 años y los adultos mayores de 65 años. Al menos una cuarta parte de la población sufrirá depresión en algún momento de su vida.²⁵

Estudios epidemiológicos revelan que en el Perú, la incidencia de depresión es de 11,7% de donde el 4-6% (1 320 000 habitantes) de la población, necesita de un tratamiento antidepresivo farmacológico. El 30% de los pacientes que consultan en hospitales y clínicas son pacientes depresivos. El 80% de las personas que sufren depresión no consultan con su médico. La mayoría de estas personas no son conscientes de su enfermedad y viven justificando sus síntomas; además, se puede observar el estigma de la enfermedad mental en la población.³⁴

El número de casos de los trastornos depresivos en los establecimientos de salud de MINSA es de 4.8% en 1997 y en 1998 de 5.1% cifras que están muy por debajo a lo registrado a nivel mundial. Los estudios epidemiológicos de la salud mental en el Perú realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, reportan que el número de casos de vida de los trastornos mentales según CIE-10 respecto al episodio depresivo halló en Lima y Callao (2002): 18.2 %; en la sierra (2003):16.2%; y en la selva (2004): 21.4%.²⁸ Además se estima, que entre un 40 y un 60 % de los pacientes vistos por médicos no psiquiatra presentan alguna forma de depresión, siendo muy frecuente la que cursa enmascarada con síntomas orgánicos.²⁷

Alrededor del 15% de las personas con trastorno depresivo mayor intentaran suicidarse.²⁵ Los intentos de suicidio afectan al 10% de los pacientes deprimidos; el 15% de las personas gravemente deprimidas terminan suicidándose y al menos el 66% de todos los suicidas han tenido depresión previa. Los trastornos depresivos además han demostrado estar asociado con el incremento en las tasas de mortalidad e incapacidad por enfermedades cardiovasculares. Hay predicciones de que en el año 2020, la depresión será la segunda enfermedad mas discapacitante, después de la cardiopatía isquémica.³⁵

Los costos directos del tratamiento de la depresión, junto con los costos indirectos por la pérdida de productividad, son importantes y se ha estimado aproximadamente de 12.000 millones a 16.000 millones de dólares al año, en los Estados Unidos. El costo indirecto, que incluye la mortalidad, el ausentismo laboral y la discapacidad, se ha estimado en más de 32.000 millones de dólares al año.³⁶ En España el gasto anual por depresión es de 5.005 millones de euros, lo que representa un costo medio por paciente deprimido de 3.042,45 euros al año. Un costo bastante alto, pues casi duplica el gasto medio sanitario por habitante en España.³⁷ Cabe mencionar también, que el costo de la depresión para el Estado Peruano en las empresas privadas y las compañías de seguros es cuantioso. Las horas pacientes no trabajadas, las horas profesionales desperdiciadas, los análisis, exámenes especiales e internamientos, producen un despilfarro de dinero simplemente por desconocimiento acerca de las características típicas y atípicas de la depresión por la población general, la familia del paciente, el paciente mismo y los profesionales de la salud.³⁴

1.2.1.2 ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN.

No existe una causa única conocida de la depresión. Más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos y psicológicos.³⁸ Se ha demostrado la naturaleza biológica con carga hereditaria sin mediar estresores descompensadores en grupos de pacientes, hay alteraciones en los neurotransmisores cerebrales serotonina, noradrenalina y dopamina principalmente como factores predisponentes.²⁸ Investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro el cual parece no funcionar con normalidad, además hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células del cerebro que se utilizan para comunicarse que no están en equilibrio.³⁸

Algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que sugiere una relación genética. Sin embargo la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión.

La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión es consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto con factores ambientales u otros, pero cabe señalar que la depresión también puede ocurrir con o sin una provocación evidente.³⁸

La depresión puede deberse a un sin número de razones, esto puede incluir la muerte de algún pariente cercano, una enfermedad, pérdida de empleo, el alcoholismo, aislamiento de las familias o de los amigos. Algunas personas están en mayor riesgo, las mujeres han mostrado tener una mayor vulnerabilidad cuando han perdido a su madre siendo aún niñas o cuando tiene tres o más niños a su cuidado, cuando no tiene una relación sentimental estable o cuando necesitando un trabajo no lo tiene.³⁵

Las causas clínicas de la depresión se cree que tiene que ver con un desequilibrio en los neurotransmisores que estimulan el cerebro. Muchas o pocas concentraciones de estas sustancias entre ellas la noradrenalina y la serotonina pueden desencadenar la depresión. Para un mejor detalle las causas de la depresión se dividen:

A. Primarias:

- ✓ **Bioquímicas cerebrales.** Es la teoría más popular y postula que un déficit relativo o absoluto en las concentraciones de noradrenalina, serotonina y dopamina es la causa de la depresión, mientras que excesos de ellos producen manías. Recientemente se ha sugerido que la disminución de serotonina es el causante de la depresión, inclusive puede haber una predisposición genética a la disminución de las células que usan ese neurotransmisor y adicionalmente se ha relacionado con depresión el GABA y la acetilcolina.³⁵

Varias teorías intentan explicar la causa de la depresión. Quizá la más extendida sea la que explica déficit funcionales de serotonina en el cerebro que da lugar a un desequilibrio químico. Esta teoría está respaldada por los buenos resultados del uso de antidepresivos en el tratamiento.²⁵

- ✓ **Neuroendocrinos.** Algunos síntomas del síndrome clínico como trastornos del humor, disminución de la libido, trastorno del sueño y del apetito, sugieren disfunción del hipotálamo.³⁵

Cerca de la mitad de los pacientes con depresión muestran aumento de cortisol y existe una relación con la función tiroidea, ya que muchos pacientes con disminución de T3 poseen depresión, sin embargo, muchos pacientes con depresión no tienen ninguna alteración en la función tiroidea; otro hallazgo importante es que en pacientes deprimidos existe una disminución en la liberación de hormonas de crecimiento (GH) durante las horas de sueño, que permanecen hasta un año luego de la desaparición de los síntomas de la depresión.³⁵

- ✓ **Genético y familiares.** La predisposición genética y biológica son posibles factores que contribuyen a las causas de la depresión.²⁵ Estudios en familiares han revelado la relación entre la depresión y la herencia. El trastorno depresivo mayor es de 1.5-3 veces más común en familiares biológicos de primer grado de personas que lo sufren, que en la población general.³⁵
- ✓ **Factores psicológicos.** Algunos autores sugieren que en las depresiones, principalmente las de menor intensidad, la presencia de factores psicógenos tiene gran importancia. Se cree que el problema de la depresión es producto de un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo será secundario a estos fenómenos cognoscitivos.³⁵

B. Secundarias:

- ✓ **Drogas.** Síntomas depresivos pueden estar producidos por algunos fármacos. Se ha mostrado que algunos antibióticos, antifúngicos, antiinflamatorios, antineoplásicos, fármacos cardiovasculares y fármacos digestivos producen síntomas depresivos en algunas personas.³⁹ Más de 200 medicamentos se han relacionado con la aparición de la depresión, la gran mayoría de ellos de forma ocasional y unos pocos con mayor

frecuencia. Entre ellos AINES (indometacina, fenacetina, fenilbutazona), antibióticos (cicloserina, griseofulvina, sulfas, isoniácida), hipotensores (clonidina, metildopa, propranolol, reserpina, bloqueadores de canales de calcio), antipsicóticos, drogas cardíacas (digitálicos y procainamida), corticosteroides y ACTH, dilsufiran y contraceptivos orales.³⁵

- ✓ **Enfermedades orgánicas.** Cualquier enfermedad especialmente las graves, puede causar depresión como reacción psicológica, pero algunas enfermedades se relaciona con mayor frecuencia; Alzheimer, Parkinson, Epilepsias, Esclerosis Múltiple, Hipotiroidismo, Trastornos de calcio, Cáncer de páncreas, Infarto al miocardio.³⁵
- ✓ **Enfermedades infecciosas.** Hepatitis, influenza y brucelosis.³⁵
- ✓ **Enfermedades psiquiátricas.** La esquizofrenia y el trastorno esquizofrénico pueden producir cuadros depresivos. Etapas avanzadas de los trastornos de pánico pueden cursar con depresión. El alcoholismo y la fármaco dependencia pueden también producir la depresión secundaria.³⁵

1.2.1.3 CUADRO CLÍNICO DE LA DEPRESIÓN.

Los indicios de depresión incluyen sentimientos de desesperanza, culpa, acusación, melancolía, fatiga, pérdida de apetito, alteraciones del peso y reducción de la libido o del deseo sexual. Además una persona con depresión puede sufrir episodios de llanto, irritabilidad, preocupación excesiva, ansiedad y aumento de los síntomas somáticos (cefaleas, dolores corporales, molestias gastrointestinales). Puede aparecer lapsus de memoria, falta de concentración y problemas para tomar decisiones y hasta las tareas sencillas pueden resultar abrumadoras, dando lugar a una reducción de la eficiencia y la productividad.²⁵

La astenia o una reducción acusada del nivel de energía, puede provocar que el individuo dependa de los demás incluso para cubrir las necesidades más básicas; muchos individuos aquejados de depresión padecen problemas del patrón de sueño, como despertarse demasiado temprano o tener dificultad para conciliar

el sueño, otros pueden despertarse en la mitad de la noche y ser incapaces de dormirse de nuevo o pueden dormir durante periodos prolongados.²⁵

El individuo con depresión también puede necesitar más tiempo para completar tareas básicas como bañarse y vestirse, a menudo se desatiende de la higiene como resultado de una autoimagen negativa y de la sensación de la propia inutilidad. Con frecuencia el estado depresivo se acompaña de anhedonia o falta de placer de aquello que solía disfrutar y el individuo al obsesionarse con la percepción exagerada de sus fracasos deja de ser capaz de percibir sus fuerzas y sus puntos fuertes. El afecto de la persona con depresión es de tristeza y de sufrimiento, con falta de contacto visual, apatía y son frecuentes los pensamientos recurrentes de muerte y suicidio.²⁵

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

- ✓ La disminución de la atención y concentración.
- ✓ La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- ✓ Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- ✓ Una perspectiva sombría del futuro.
- ✓ Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- ✓ Los trastornos del sueño.
- ✓ La pérdida del apetito.⁴⁰

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo, las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de

ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas.⁴⁰

Para el diagnóstico de depresión en cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.³

Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacado y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son:

- ✓ Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- ✓ Pérdida de reactividad emocional acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras.
- ✓ Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual.
- ✓ Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- ✓ Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas).
- ✓ Pérdida marcada de apetito.
- ✓ Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes).
- ✓ Pérdida marcada de la libido.

Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.⁴⁰

1.2.1.4 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN.

Las pautas diagnósticas de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 son:

1. Síntomas del episodio depresivo:
 - a. Humor depresivo.

- b. Pérdida de la capacidad de interés y disfrutar de las cosas (anhedonia).
- c. Disminución de la vitalidad con relación al nivel de actividad y cansancio exagerado.
- d. Pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad.
- e. Pensamiento de culpa y de ser inútil.
- f. Trastorno de sueño (insomnio o hipersomnio).
- g. Trastorno de apetito (anorexia o hiperorexia).
- h. Pensamientos y actos suicidas.

2. Para el diagnóstico del episodio depresivo se requiere de una duración de dos semanas; aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.⁴⁰

Los criterios Diagnósticos de Episodio Depresivo según DSM-IV-TR son:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer.
 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.
 2. Marcada disminución del interés o del placer en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
 3. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

8. Menor capacidad de pensar o concentrarse o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.

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

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

E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.⁴¹

1.2.1.5 CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN.

Según la Organización Mundial de la Salud en su criterio de Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) los episodios de depresivos los clasifican:⁴⁰

- a. F32.0 Episodio depresivo leve.
- b. F32.1 Episodio depresivo moderado.
- c. F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- d. F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

a. F32.0 Episodio depresivo leve.

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un

diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso, el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.⁴⁰

b. F32.1 Episodio depresivo moderado.

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.⁴⁰

c. F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.⁴⁰

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotriz, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio, el episodio

depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.⁴⁰

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado y también incluye: episodios depresivos aislados de depresión agitada, melancolía, depresión vital sin síntomas psicóticos.⁴⁰

d. F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

El Episodio depresivo grave debe satisfacer las pautas establecidas en F32.2 y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.⁴⁰

Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV también codifica al episodio depresivo reciente de acuerdo con la intensidad del cuadro, la intervención o no de síntomas psicóticos y también las características de la remisión, parcial o total. Los Criterios para la codificación son:

1. **Leve.** Cuando apenas cumple con el requisito de cinco síntomas presentes. Pocos síntomas o ninguno, aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico y los síntomas provocan sólo deterioro menor del desempeño laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás.

2. **Moderado.** Síntomas o deterioro funcional entre “leve” y “grave”
3. **Grave sin síntomas psicótico.** Varios síntomas aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico y síntomas que interfieren notoriamente con el desempeño laboral o las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás.
4. **Grave con síntomas psicóticos.** Ideas delirantes o alucinaciones, si es posible, especificar si las características psicóticas son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo.
 - a. Características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es completamente compatible con los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.
 - b. Características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo: ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no corresponde a los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Se incluyen síntomas, como ideas delirantes de persecución (no directamente relacionados con temas depresivos), inserción del pensamiento, transmisión del pensamiento e ideas delirantes de control.⁴¹

Esta última categoría deberá utilizarse cuando haya un gran deterioro demostrado por la falta de noción de la realidad en las pruebas psicodiagnósticas o cuando haya ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo (inhibición psicomotriz extrema, con o sin trastorno de conciencia; este es un síntoma poco frecuente en el que el sujeto no responde a estímulos y está mudo). Cuando sea posible se especifica si los síntomas psicóticos son congruentes con el estado de ánimo (relacionados con el pesimismo, las ideas despectivas con respecto de sí mismo) o por el

contrario, incongruentes con el (ideas delirantes de persecución personalizadas, inserción del pensamiento o control del pensamiento con contenido que no se corresponde con la incapacidad, culpa o dignidad del sujeto).³

5. **En remisión parcial:** Intensidad entre leve y remisión total, salvo cuando los síntomas coinciden con el diagnóstico de distimia, lo que daría una explicación para su persistencia.³ Hay síntomas de un episodio depresivo mayor, pero no se cumplen los criterios completos o hay un período sin ningún síntoma significativo de episodio depresivo mayor que dura menos de 2 meses tras el final del episodio depresivo mayor (si el episodio depresivo mayor se sobre agregó a trastorno distímico, se efectúa el diagnóstico de trastorno distímico solo una vez que ya no se cumplen los criterios completos de episodio depresivo mayor).⁴¹
6. **En remisión total.** Sin signos y síntomas de depresión en los últimos dos meses.³

1.2.1.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DEPRESIÓN.

Se debe de diferenciar la depresión clínica, que es lo suficientemente grave e incapacitante como para requerir intervención, de la tristeza o angustia, que forma parte normal de la experiencia humana. La disfunción social u ocupacional o un nivel elevado de angustia distinguen a la depresión de la tristeza transitoria, que es una consecuencia de la vida normal. En personas con tristeza los niveles de angustia y funcionalidad son proporcionales al evento vital desencadenante. Entre la información de importancia que distingue la depresión, se incluye, haber sufrido un episodio depresivo previo o intento de suicidio; una historia familiar de alteraciones de comportamiento; ausencia de apoyo social; haber atravesado situaciones de la vida estresantes; abuso de alcohol u otras sustancias adictivas y la concurrencia de enfermedad crónica, dolor o discapacidad.²⁸

Una variedad de enfermedades y condiciones pueden tener semejanza con un trastorno depresivo o incluso coexistir con él. Por lo tanto existe un claro desafío para los médicos, quienes a partir de los indicios del estado físico del paciente, los instrumentos de detección, diagnóstico y la entrevista clínica, deben reconocer si los síntomas corresponden a un trastorno depresivo o a otra enfermedad física o psiquiátrica. En ciertas poblaciones de alto riesgo se necesita una capacidad especial para hacer este diagnóstico diferencial (pacientes con trastornos severos de ansiedad, enfermedades físicas concomitantes, abuso de drogas o personas en situación de duelo).¹¹

- ✓ **Tristeza Normal:** Debe tenerse en cuenta la ocurrencia normal de este sentimiento inherente a la condición humana, y que surge de las relaciones con el medio ante diferentes circunstancias de dolor, pérdida o frustración.¹¹

La tristeza normal surge desencadenada por un estrés claramente identificable que ha tenido lugar en las últimas semanas. La reacción desaparece bien por desaparecer el suceso desencadenante o por alcanzar el paciente un nuevo nivel adaptativo en su funcionamiento.²⁸

- ✓ **Reacciones de Duelo Normal:** La mayoría de las veces es una reacción normal de pérdida ante la muerte de una persona querida. La duración y expresión del duelo “normal” varían considerablemente entre los diferentes grupos culturales. En general la presencia prolongada (más de seis meses) de síntomas psicológicos tales como insomnio, anorexia, sentimientos de culpa y dificultades en el desempeño social y laboral, junto a otros síntomas depresivos, debe conducir a los profesionales a considerar la existencia de un trastorno depresivo.¹¹

El duelo normal no complicado se trata de una reacción normal frente a una pérdida afectiva importante. A veces puede aparecer síntomas semejantes a la depresión mayor, principalmente ideas de culpa (centradas en no haber hecho lo suficiente por la persona fallecida; nunca tiene características delirantes), también ideas de muerte, mas como deseo de reunirse con la persona fallecida que como deseo de quitarse la vida. Solo si se prolonga un tiempo superior a

seis meses o alcanza una intensidad invalidante se considera que se ha complicado con depresión y se trata como tal.²⁸

- ✓ **Trastornos de Ansiedad:** Los trastornos depresivos leves son en ocasiones difíciles de diferenciar de los trastornos de ansiedad. El diagnóstico preciso se basa en la valoración de la gravedad relativa de los síntomas ansiosos y depresivos y en su orden de aparición, los síntomas fóbicos y obsesivos producen problemas similares.²⁶ Es excepcional encontrarse con depresiones que no presenten ansiedad. Los trastornos ansiosos evolucionan en un porcentaje muy alto con síntomas depresivos. Los síntomas de ansiedad son a menudo los más visibles, aun cuando se deban a un trastorno depresivo subyacente. El médico reconoce rápidamente que no está frente a una enfermedad física, cayendo en la tentación de diagnosticar la ansiedad y comenzar el tratamiento sin seguir adelante con su examen.¹¹
- ✓ **Esquizofrenia:** El diagnóstico diferencial del trastorno depresivo y la esquizofrenia depende de la búsqueda cuidadosa de los típicos síntomas de esta última enfermedad. El término de depresión post psicótica se refiere a los síntomas depresivos que aparecen tras el tratamiento de los síntomas depresivos de la esquizofrenia. El diagnóstico puede ser difícil si un paciente tiene tanto síntomas depresivos como delirios de persecución, pero la diferencia suele establecerse tras la exploración cuidadosa del estado mental y la determinación de si los delirios aparecieron tras el tratamiento de los síntomas depresivos (depresión) o si los delirios fueron los primeros (esquizofrenia). Además en la depresión la supuesta persecución suele ser vivida por el paciente como merecida al ser consecuencia de los errores cometidos en el pasado, mientras que la esquizofrenia produce un fuerte rechazo. Algunos pacientes tienen síntomas para el diagnóstico tanto de un trastorno depresivo como de la esquizofrenia.²⁶
- ✓ **Abuso de sustancias:** En los trastornos por el consumo de sustancias son frecuentes los síntomas depresivos y algunos pacientes deprimidos consumen alcohol y otros fármacos no prescritos para aliviar su malestar. Debe

determinarse la cronología de los síntomas y del abuso de sustancias, así como la presencia de otros síntomas depresivos más allá del estado de ánimo.²⁶

- ✓ **Enfermedades Físicas:** La depresión se puede presentar encubierta por una gran variedad de síntomas físicos, predominantemente dolores (de cabeza, espalda, osteomusculares o dolores vagos difíciles de identificar), trastornos del sueño, malestares gastrointestinales, fatiga, mareos, palpitaciones y alteraciones del apetito. En algunos países este síndrome se diagnostica como depresión encubierta o enmascarada. Los trastornos depresivos son frecuentes en personas que sufren enfermedades graves, crónicas o invalidantes (por ejemplo cáncer, patologías cardíacas, dolores crónicos, Parkinson y otras enfermedades neurológicas). Estas enfermedades pueden hacer pasar por alto los síntomas depresivos, pues algunos son comunes a ambos tipos de trastornos (por ejemplo fatiga o pérdida del apetito).¹¹

Un error frecuente es que los síntomas depresivos se atribuyan a la enfermedad física coexistente. Se presume equivocadamente que la enfermedad es un “buen motivo” para desarrollar un trastorno depresivo o que éste es una “consecuencia natural” de la enfermedad física. Debe recordarse que si bien la mayoría de los pacientes con enfermedades graves pueden experimentar tristeza y aflicción, no todos desarrollan un trastorno depresivo.¹¹

Cuando se produce un trastorno depresivo en concomitancia con una enfermedad física, debe darse prioridad al tratamiento somático, pero sin descuidar el diagnóstico y tratamiento de la depresión. Cuando se trata correctamente el cuadro depresivo, con frecuencia mejora el pronóstico de la enfermedad física y la capacidad del paciente para tolerar su situación y seguir sus tratamientos.²

1.2.2. LA ADOLESCENCIA.

El término adolescencia proviene del verbo latino “adolescere” que quiere decir crecer y suele emplearse para denominar la etapa de transición de la infancia a la vida adulta; sin embargo, la adolescencia tiene una connotación mucho más significativa que solamente crecer.⁴²

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, define adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica, el término "adolescencia" se refiere a personas que tienen entre 10 y 19 años.⁴³ A menudo se afirma que la adolescencia empieza con un fenómeno biológico (pubertad) y termina con un fenómeno psicológico (transición a la edad adulta). Así pues, la duración de esta frase es variable y depende de aspectos biológicos, psicológicos y de las circunstancias de la vida.³³ Los retos que comporta el desarrollo en este periodo son franquear la pubertad, desarrollar un sentimiento cohesivo de uno mismo y la elaboración psicológica y física de la separación que se produce con respecto a la familia. En mayor medida que cualquiera otra etapa, la adolescencia está influenciada por normas y expectativas culturales. Es importante tener en cuenta la repercusión que tienen los factores étnicos y culturales en la evaluación de los elementos que componen el desarrollo.³³

La adolescencia es el período en el que una persona se prepara para ser un adulto productivo, con familia y con los deberes ciudadanos. Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo, pero los une la edad (entre 12 y 18 años) y una actitud contestataria que persigue el valor de lo social en la relación consigo mismo, con los amigos, con los pares, los afectos, el placer, el juego, la música, el teatro, los deportes y la cultura en su sentido más amplio.⁴⁴

La palabra adolescencia significa crecer; en esta etapa el adolescente quiere que lo traten unas veces como un adulto, pero otras veces como a un niño. Para dejar su infancia y la dependencia de sus padres le genera gran incertidumbre, pues no sabe si lo que está haciendo o va a hacer está bien; por tal razón se aísla

de los demás para buscar soluciones propias a su interrogante. Contradictoriamente una característica muy importante de esta etapa es la de buscar su independencia, ya que el adolescente, a pesar de sus dudas se cree lo suficientemente capaz de enfrentarse al mundo. Otra característica del adolescente es que no acepta soluciones falsas, pues el busca soluciones inmediatas pero verdaderas.⁴⁵

El adolescente es idealista, quisiera cambiar al mundo, pues lo que hay en él generalmente no lo satisface y por eso se aísla de los adultos para tratar de obtener sus propias soluciones en sus conflictos. Se encuentra en una lucha constante consigo mismo para lograr encontrar una identidad personal y no una establecida por la sociedad. En esta etapa, el adolescente además de continuar su desarrollo orgánico, experimenta también cambios psíquicos pues ya no solo mira a su mundo interior sino que se proyecta a su mundo exterior. De allí que surja en el él deseo de conocerse y comprenderse. Este periodo de su vida es muy importante en el desarrollo de su personalidad pues si el adolescente se desenvuelve en un ambiente en el que es comprendido y orientado, en vez de ser censurado, lograra que sus aspiraciones y metas se hagan reales lo cual ejercerá en el gran influencia para el logro de una personalidad estable, de gran sensibilidad, de elevado contenido social y humano.⁴⁵

No existe un momento preciso en el que comience la adolescencia generalmente podemos decir que empieza a partir de los 9 o 10 años en las mujeres y de los 11 o 12 años en los hombres. La adolescencia es una época transitoria de la vida de suma importancia para la formación de la personalidad, ya que es parte integrante del proceso de crecimiento. Los adolescentes no pueden seguir considerándose a sí mismo como niños ni pueden aceptar la función social del niño al mismo tiempo, no son adultos todavía. Durante esta etapa se inician cambios normales en los siguientes aspectos. Biológicos: características orgánicas (cambio de voz, crecimiento del bello pubiano, la menstruación, acné, incremento de estatura, etc.). Psicológico: trata de encontrarse así mismo, su pensamiento adquiere mayor capacidad de abstracción, hay cambios de carácter, se tornan

irritables, su comportamiento varía ya que en la búsqueda de su autoafirmación cuestiona lo que se les presenta. Social: relaciones familiares y sociales. Esto a cambio son generalmente tan acelerados que no dan tiempo a una rápida adaptación, creando desajustes, originando una crisis en la adolescencia que en unos casos es más notoria y otros pasan desapercibida. Se señala que estos cambios tienen relación directa con la herencia genética, los puntos fuertes y débiles que han surgido durante la formación de la personalidad en los primeros años de vida, las clases de trauma a que puede haber estado expuesto el adolescente durante su crecimiento.⁴⁶

1.2.3. DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA.

A nivel mundial los (as) adolescentes representan el 20% de la población total y de este 20%, el 85% se encuentra en los países en vías de desarrollo. El 20.9% de la población peruana es adolescente, vale decir, que 5 749,220 hombres y mujeres tienen entre 10 y 19 años.⁴⁷ El departamento de Ayacucho cuenta con 139 229 adolescentes que equivalen al 2,45 %.⁴²

La frecuencia de la depresión aumenta conforme avanza la edad, en niños pre escolares ocurre depresión en menos del 1%, en adolescentes la frecuencia de depresión aumenta notoriamente en 7-10%.³⁴ En muchos adolescentes, la depresión continua siendo un problema durante muchos años.³³ Científicos y médicos han comenzado a considerar seriamente el riesgo de la depresión en adolescentes, investigaciones han mostrado que la depresión en la adolescencia a menudo persiste, recurre y se prolonga en la adultez, especialmente si no se recibe tratamiento. La presencia de la depresión en la adolescencia también tiende a predecir enfermedades más graves en la edad adulta.³⁸

El bajo rendimiento académico, el abuso de sustancias, la conducta antisocial, la promiscuidad sexual, los problemas de conducta y las fugas del hogar pueden ser síntomas de una depresión en los adolescentes.⁴⁸

La depresión en los adolescentes se presenta en un momento de grandes cambios personales, cuando hombres y mujeres están definiendo una identidad

distinta a la de sus padres, lidiando con asuntos de género y su sexualidad emergente y tomando decisiones por primera vez en sus vidas. La depresión en la adolescencia a menudo coexiste con otros trastornos tales como ansiedad, comportamiento perturbador, trastornos alimenticios o abusos de sustancias y también puede conducir a un aumento en el riesgo de suicidio.³⁸

La depresión en los adolescentes suele manifestarse de una manera distinta a la que se encuentra comúnmente entre los adultos que la sufren. Los adolescentes pueden mostrarse renuentes a expresar abiertamente sus sentimientos y pueden revelar actitudes equivalentes de depresión, tales como el aburrimiento o la inquietud, así como la incapacidad de estar a solas o bien una continua búsqueda de nuevas actividades.⁴⁹ Algunos síntomas de la depresión oculta pueden ser la drogadicción, promiscuidad, actos delictivos y la búsqueda del peligro, pueden ser todos indicios de una fuerte depresión oculta aunque obviamente también pueden ser el resultado de otros. La depresión puede tomar dos formas, en la primera el adolescente puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío, semejante al estado de aflicción, esto no se debe a que el adolescente carezca de sentimientos, si no que no puede manejar o expresar lo que ahora tiene. La segunda se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota y fracaso; lo que desencadena este tipo de depresión, es la pérdida de una relación querida, como los padres, la novia o un amigo.⁴⁹

El adolescente afectado de una enfermedad depresiva tiene mejor pronóstico si además de la psicoeducación y el tratamiento con fármacos recibe psicoterapia. Esto les ayuda a resolver los conflictos y les permite tener un mejor afronte ante otras situaciones estresantes.³⁴

1.2.3.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.

Los adolescentes pueden tener dificultad en describir e identificar sus emociones y sentimientos. Muchas veces no saben cómo comunicarse con palabras y muestran sus emociones en su comportamiento, la depresión es un

trastorno que cuando se presenta durante los años de adolescencia se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades usuales.²⁸

En esta etapa de la adolescencia los síntomas son más parecidos a los del adulto, con la diferencia de que en el adolescente se puede observar:

- ✓ Irritabilidad.
- ✓ Tendencia a no obedecer las indicaciones de los padres.
- ✓ Inclínación por actividades delictivas y uso de drogas.
- ✓ Sentimiento de tristeza, llanto fácil.
- ✓ Sentimiento de desesperanza o desamparo.
- ✓ Culpa excesiva.
- ✓ Disminución de la capacidad para disfrutar con las actividades que antes le gustaba.
- ✓ Puede permanecer echado sin ánimo de hacer nada.
- ✓ Alteraciones en el sueño: pesadilla o dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- ✓ Puede aparecer somnolencia extrema.
- ✓ Disminución o aumento del apetito, cambios en el peso.
- ✓ Sentimientos de inferioridad, auto descripción con términos negativos.
- ✓ Dolores de cabeza, estómago, espalda o de otras zonas del cuerpo.
- ✓ Fatiga, disminución de la energía.
- ✓ Dificultad para concentrarse.
- ✓ Disminución del rendimiento escolar.
- ✓ Disminución de la capacidad de tomar decisiones.
- ✓ Hipersensibilidad ante el fracaso o el rechazo.
- ✓ Deseos de morir.
- ✓ Ideas e impulsos suicidas.³²

Aunque los síntomas de depresión en este grupo de edad son similares a los que se dan en los adultos, la manifestación de los síntomas es con frecuencia muy diferente. En consecuencia, los criterios establecidos para la depresión en los

adolescentes tiene la ventaja de delimitar especialmente la manifestación de los síntomas que es más propia de este grupo de edad. Los signos y síntomas más característicos en los adolescentes son:

- ✓ Estado de ánimo deprimido. Los estados de ánimo y sensaciones disfóricos se caracterizan por las afirmaciones y el aspecto del paciente que indican tristeza, soledad, ausencia de felicidad, desesperanza, oscilaciones afectivas, irritabilidad, hipersensibilidad, actitud negativa y dificultad de ser complacido.³³
- ✓ Ideas de auto desprecio. Las ideas de auto desprecio se manifiestan por sentimientos de ser inútil, estúpido, feo o culpable y por la creencia de persecución, deseo de muerte e ideas de suicidio. En este grupo de edades frecuente proyectar los sentimientos de poca autoestima en creencias de persecución (“todo el mundo me odia” o “no soy un buen chico”), estas ideas de autodesprecios frecuentes en los adolescentes deprimidos se corresponden con los síntomas de sentimientos de inutilidad o culpabilidad inapropiada del DSM-IV.³³
- ✓ Agitación. La agitación corresponde al síntoma de irritabilidad y es evidente en la manera en la que un adolescente se relaciona con los demás. Son conductas frecuentes las peleas, la falta de respeto para la autoridad, las discusiones y la hostilidad excesiva. El aumento de los conflictos de los demás como consecuencia de la agitación es lo que motiva a menudo la consulta al especialista. Este síntoma es similar también al de agitación psicomotora que se observa en los pacientes adultos. La presencia de agitación y la conducta negativa puede hacer que el problema se identifique erróneamente como un trastorno negativista desafiante. Sin embargo, la conducta negativista suele ceder al resolver la depresión.³³
- ✓ Alteraciones del sueño. Este síntoma se caracteriza por insomnio o hipersomnia. Los problemas del sueño consiste en insomnio inicial, medio y terminal, dificultad para despertarse por la mañana, somnolencia excesiva

diurna e hipersomnia. El insomnio terminal es menos común en los adolescentes deprimidos que en los adultos con depresión.³³

- ✓ Disminución de la socialización. Los adolescentes que presentan un trastorno depresivo, muestran a menudo una menor participación en el grupo y menos interés social y no es probable que no intenten hacer amigos. En los adolescentes esto puede manifestarse por sentirse atraído por un grupo de compañeros nada recomendable.³³
- ✓ Cambio de actitud respecto a la escuela. Un cambio de actitud respecto a la escuela refleja también el síntoma de pérdida de interés o de placer, una reacción fóbica respecto a la escuela es a menudo una expresión sintomática de una depresión. Los adolescentes con depresión pueden rechazar acudir a la escuela como motivo principal de la consulta.³³
- ✓ Pérdida de energía habitual. El adolescente deprimido refiere a menudo una fatiga mental y física y es menos activo en sus actividades habituales deportivas y de otro tipo.³³
- ✓ Cambio de apetito o del peso. El aumento excesivo de peso se observa en algunos adolescentes pero lo habitual es que estos últimos lo pierdan en lugar de ganarlo. La falta del aumento de peso apropiado para el desarrollo es sintomática de depresión.³³

1.2.4. FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESION:

El concepto de factor de riesgo hace alusión a las características asociadas al aumento de la probabilidad de que aparezca una enfermedad, se comprometa la salud, la calidad de vida o la vida, sin implicar una relación causa-efecto ni la dirección de la misma.⁵⁰

Un factor de riesgo es aquello que incrementa su probabilidad de contraer una enfermedad o condición.⁵¹

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo a que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.⁵²

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sino que se asocian con el evento y como tienen valor predictivo, pueden usarse para la prevención. La depresión en adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenir la depresión.⁹

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.⁵³

El desarrollo de depresión está influenciado por una serie de factores de riesgo de origen biológico, psicológico y social. Estos factores de riesgo no solamente determinan la probabilidad de aparición de depresión si no también el momento de desarrollo de la misma.⁵⁴

1.2.4.1 CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESION:

A. ORIGEN BIOLÓGICO.

Una predisposición genética puede interactuar con factores ambientales para crear el trastorno de la depresión y las personas pueden desarrollar la depresión como una tendencia a responder a los agentes estresantes vitales; se ha encontrado una variante genética de un transportador para el neurotransmisor serotonina que cuando se combina con el estrés, aumenta el riesgo de la depresión.³⁹

Una interacción entre la predisposición genética e historia familiar parece determinar el riesgo y nivel de una persona para suscitar un episodio de depresión.

Desde el punto de vista genético, cierto grado de variabilidades genéticas en genes del sistema serotoninérgico (neurotransmisoras y receptoras que tienen que ver con la depresión) parece contribuir al riesgo para la enfermedad y para ciertos aspectos clínicos de la misma.⁵⁰

Dentro de los factores de riesgo biológico podemos encontrar:

✓ **Historial Familiar de Enfermedad Mental.** Las personas con una historia familiar de trastornos depresivos tienden a estar en mayor riesgo de desarrollar depresión. Los casos de inestabilidad emocional de los padres especialmente de la madre, es un elemento importante en la predicción de la depresión del niño y adolescente. Existen un mayor riesgo de padecer depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica; no todas las personas que tiene una historia familiar tendrán la enfermedad. La depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad.²⁸

La depresión en los padres se considera un factor de riesgo importante que se asocia con depresión en su descendencia.⁵⁵ Se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor y en concreto, la psicopatología materna se considera un predictor de depresión en el niño y adolescentes.⁹ El alcoholismo familiar también se ha asociado a una mayor probabilidad de depresión.⁵⁶

Los padres depresivos suelen tener poco contacto afectivo con los hijos porque no tiene energía ni ánimos para expresarle su amor, estos padres suelen ser irritables, atienden a sus hijos por “obligación”, se sienten tan triste que no pueden disfrutar con sus hijos.³³ El contexto familiar en el que vive el adolescente parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de la depresión. Los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el

adolescente.⁵⁵ Son también factores de riesgo asociados con la depresión las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o la separación conflictiva de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo, el trabajo de los padres fuera de casa, ingresos económicos bajos o vivir en áreas desfavorecidas, si ocurren de forma independiente, no parecen presentar una fuerte asociación con el desarrollo de depresión en los adolescentes.⁵⁵

- ✓ **Sexo.** Antes de la adolescencia, los trastornos depresivos son prácticamente iguales en niños que en niñas. Sin embargo, en la primera mitad de la adolescencia, estos trastornos son dos o tres veces más frecuentes en el sexo femenino.⁹ Hay factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales y psicosociales que son únicos de la mujer, que pueden ser relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres. Investigaciones han demostrado que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo.³⁸ Otras posibles explicaciones podrían ser un incremento del estrés y la mala respuesta a este, diferencias en las relaciones interpersonales y tendencia a pensamientos rumiativos.⁵⁵ Las mujeres experimentan depresión con una frecuencia aproximadamente dos veces mayor a la de los hombres. Los factores hormonales podrían contribuir al índice incrementado de depresión en mujeres, particularmente factores como cambios premenstruales, embarazo, aborto espontáneo, periodo postparto, pre menopausia y menopausia. Muchas mujeres se enfrentan a estresantes adicionales como responsabilidades en el trabajo y en el hogar, maternidad sola, cuidar hijos y padres que envejecen.⁵⁷

Uno de los principales factores de riesgo para la presencia de depresión es el hecho de ser mujer. Para la mujer la probabilidad de desarrollar depresión es el doble que para el hombre; porque las mujeres tienden a recibir y ofrecer mayor soporte emocional y material a otros, de forma que se involucran en los

problemas de los demás, lo cual hace que experimenten un promedio mayor de estrés que los hombres.⁵⁰

- ✓ **Trastornos Físicos o Mentales Crónicos.** En años recientes, investigadores han encontrado que los cambios físicos en el cuerpo pueden estar acompañados por cambios mentales.⁵⁷ Es posible que enfermedades médicas como problemas en la tiroides, las deficiencias nutricionales o las enfermedades crónicas como las enfermedades cardíacas, la diabetes o el cáncer puedan incrementar el riesgo de depresión.⁵⁸ Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión, según señala los investigadores de la revista Diabetes Care. Mientras que la depresión afecta a la población en general entre 10% y 25% de mujeres y 5% a 12% de varones, entre diabéticos esta cifra aumenta hasta 33%. Si bien cualquier enfermedad crónica incrementa el riesgo de depresión, la correlación con diabetes es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones de este padecimiento, así como a los cambios en el estilo de la vida que tiene que hacer quienes la padecen. El Cáncer y la depresión es una afección comórbida, un síndrome incapacitante que afecta aproximadamente del 15% al 25% de los pacientes con cáncer. Un elemento crítico en el tratamiento del paciente es el poder reconocer los índices presentes de depresión para poder establecer el grado apropiado de intervención, que podría abarcar desde una consejería leve, a grupos de apoyo, medicación o psicoterapia.²⁸

Se sabe que el dolor crónico está asociado con la depresión, un historial de uno o más episodios previos de depresión incrementa considerablemente el riesgo de un episodio posterior.⁵⁷

B. ORIGEN PSICOLÓGICO.

Algunos factores psicológicos ponen en riesgo de depresión a las personas; las personas con baja autoestima, quienes constantemente se ven a sí mismas y al mundo con pesimismo o que se agobian fácilmente por el estrés, podrían ser

propensas a la depresión.⁵⁷ La baja autoestima ha sido repetidamente señalada en la literatura como un factor predisponente al desarrollo de la depresión en adolescentes, la cual se asocia con actitudes auto punitivo y altamente crítico.⁵⁹

Otros factores psicológicos como el perfeccionismo y la sensibilidad a la pérdida o rechazo, podrían incrementar el riesgo de una persona para tener depresión. La depresión también es más común en personas con trastornos de ansiedad crónica y trastornos de personalidad limítrofe y evitante.⁵⁷

Se piensa que el temperamento presenta una base genético-biológica, aunque la experiencia y el aprendizaje, en particular dentro del contexto social, pueden influir en su desarrollo y expresión. La afectividad negativa, se refiere a la tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características conductuales (como la inhibición y retraimiento social) y cognitivas (como las dificultades de concentración). La afectividad negativa conlleva una mayor reactividad frente a los estímulos negativos y se asocia a una mayor probabilidad de trastornos emocionales, sobre todo en niñas.⁴⁰ Ante la ocurrencia de eventos vitales estresantes, características cognitivas asociadas a la afectividad negativa, como sentimientos de abandono o pérdida y/o de baja autoestima, así como un estilo cognitivo rumiativo, pueden dificultar el afrontamiento y aumentar la probabilidad de sufrir depresión en comparación con aquellos individuos sin estas características.⁹

La presencia de síntomas depresivos, como anhedonia o pensamientos de muerte, incrementan de forma significativa el riesgo de presentar depresión mayor en niños y adolescentes. Finalmente, aquellos adolescentes con discapacidades físicas o de aprendizaje, déficit de atención, hiperactividad o alteraciones de conducta, también tienen un mayor riesgo de depresión.⁵⁵

C. ORIGEN SOCIAL.

Está suficientemente demostrada la relación que existe entre la ocurrencia de algunos eventos negativos de la vida cotidiana, que causan aflicción o estrés y

la aparición de trastornos depresivos; entre éstos, las pérdidas debidas a separaciones o fallecimiento son especialmente importantes.¹¹

La depresión en adolescentes se asocia en muchas ocasiones con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social, lo que incrementa los problemas de relación social. De esta manera, los adolescentes con pocos amigos presentan una mayor probabilidad de desarrollar depresión, así como trastornos de conducta y mayor aislamiento social.⁵⁵

Otros factores también asociados con un número mayor de síntomas depresivos son el vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, problemas de salud en los adolescentes o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja. El acoso por parte de iguales o bullying y la humillación (como el trato degradante, la burla delante de otros o el sentirse ignorado) son también factores de riesgo de depresión. Por último, la adicción a la nicotina, el abuso de alcohol o el consumir drogas ilícitas son considerados también factores de riesgo asociados con la depresión.⁹

La disponibilidad de soporte y apoyo social reduce el riesgo de aparición de los trastornos depresivos y disminuye sus efectos nocivos cuando se presentan.¹¹

✓ **Cambios Mayores en la Vida y Estrés.** Los hechos cotidianos que causan estrés a menudo preceden más frecuentemente al primer episodio de trastorno depresivo que a los episodios subsiguientes.¹¹ Un cambio estresante en la vida puede desencadenar un episodio depresivo. Tales eventos estresantes pueden incluir una pérdida grave, una relación difícil, trauma, o problemas financieros.⁵⁷ El factor estresante más asociado a un episodio de depresión es la pérdida de la pareja. Además cambios dramáticos en la vida personal como la reubicación, la pérdida o el cambio de trabajo pueden producir síntomas que pueden ser o no temporales. Algunos teóricos creen que el estrés manifestado por un paciente provoca un cambio de duración prolongada en la biología del cerebro, que afecta a los estados funcionales de los neurotransmisores y sistemas de señales intraneuronales.³⁶ Algunos estudios relativos al duelo

sugieren que los trastornos depresivos aparecen con mayor frecuencia en aquellas personas que no tienen hijos adultos que los apoyen durante el período posterior a la pérdida.¹¹

La naturaleza de los acontecimientos vitales presentes en la historia de vida de los adolescentes preceden al desarrollo de la depresión y se relacionan con procesos de adaptación del adolescente a situaciones como las dificultades inherentes al ingreso a la universidad, elección de una carrera, el inicio o la imposibilidad de una actividad laboral, la selección de una pareja, el distanciamiento de los vínculos parentales, los cambios de residencia, la presencia de enfermedad grave propia o de algún familiar, matrimonio, divorcio, separación, pérdida del trabajo, muerte de un familiar cercano o amigo, abuso sexual y el maltrato físico o psicológico.^{60,61}

- ✓ **Poco o Nulo Apoyo Social.** El soporte o apoyo social es definido como “el sentido de ser alguien importante ante los ojos de otros, ser cuidado y amado, ser estimado y valorado como una persona y tener alguien que escuchará, entenderá y ayudará cuando sea necesario”.⁵⁰

Tener pocas relaciones o que éstas no sean de apoyo puede incrementar el riesgo de depresión tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, se ha encontrado que los índices de depresión son más altos en mujeres que están en casa con niños pequeños y aquellas personas que se describen a sí mismas como aisladas, en comparación con mujeres que trabajan o que tienen una red social de apoyo. En muchos casos, se ha descubierto que las redes sociales restringidas preceden el inicio de la depresión.⁵⁷

La mayoría de factores relacionados con la interacción de pares se encuentran vinculados a un conjunto de habilidades que muchas veces son insuficientes para el establecimiento de interacciones sociales satisfactorias y el adecuado afrontamiento de las situaciones problemáticas. Estas falencias de habilidades se agrupan en el déficit en habilidades sociales, asertividad y solución de problemas, las cuales se han relacionado como un elemento estructural en la relación con pares y la presencia de depresión.⁵⁰

Las personas que tienen escasas actividades sociales y vocacionales son más vulnerables a los trastornos depresivos. Lo mismo pasa con las personas que no tienen pareja o viven solas.¹¹

- ✓ **Desintegración familiar.** La desintegración familiar constituye una modalidad de desintegración, la cual es el rompimiento de la unidad o quiebra en los roles de sus integrantes, por su incapacidad de desempeñarlos en forma consciente y obligatoria. Una desintegración familiar es el producto del quebrantamiento de la unidad familiar y la insatisfacción de las necesidades primarias que requieren sus miembros. Los factores más comunes y que han contribuido a la ruptura familiar son de diversa índole, en lo económico se encuentra la falta de empleo, la pobreza extrema y el ocio; en lo afectivo, la falta de amor entre la pareja o cualquiera de sus integrantes, los vicios y la desviación de costumbres; en lo cultural, la falta de escolaridad, educación y buenos modales. Los integrantes de una familia se ven obligados a buscar la forma de satisfacerse, tomando a sí una posición individualista y por ende deteriorando los lazos afectivos y físicos que los une. La carencia de estabilidad y/o afectividad puede desencadenar la aparición de la depresión, en la infancia o en la adolescencia.⁶² En cuanto a relaciones intrafamiliares, algunos estudios han encontrado que la depresión en adolescentes emerge y puede ser reforzada dentro del contexto de patrones de relación familiar disruptivos o perturbados, incluyendo pobre comunicación paterno-filial, rechazo y desaprobación parental y baja cohesión familiar.¹⁴

Muchos de los problemas que se creen consecuencias del divorcio están presentes antes de la separación estos descubrimientos moderan la afirmación de que el divorcio, por sí mismo, causa desempeños más pobres y problemas emocionales en los adolescentes, ya que las dificultades están presentes antes del cambio de la estructura familiar. La relación del adolescente con sus padres se considera una variable de gran peso en el desarrollo de síntomas depresivos en adolescentes, ya que quienes tienen un vínculo pobre con sus padres son más vulnerables a presentar este tipo de síntomas cuando se

enfrentan a eventos vitales adversos, en comparación con aquellos que tienen estilos de relación más cercanos y de mayor soporte emocional.⁵⁰

- ✓ **Violencia familiar.** Según la legislación peruana, Ley de Protección de la Violencia Familiar vigente N° 26260 , la violencia familiar es: “cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive amenaza o coacción graves y/o reiteradas, así como violencia sexual, que se produce entre: cónyuges, ex cónyuges, convivientes, ex convivientes, ascendientes, descendientes, parientes colaterales hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad; quienes habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales; quienes hayan procreado hijos en común, independientemente que vivan o no al momento de producirse la violencia”.⁶³ Se considera que en un hogar hay violencia familiar cuando un miembro de la familia ejerce una conducta abusiva contra los demás, haciendo abuso de poder, ocasionando consecuencias físicas y psicológicas sobre sus víctimas.³² Una familia coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias rígidas y desavenidas son más proclives a las depresiones.²⁸

Estudiando muestras de adolescentes, encuentran que los adolescentes que observaron violencia entre los padres durante su niñez, tienden a desarrollar síntomas depresivos en la adolescencia. Así mismo la evidencia indica que los jóvenes provenientes de parejas conflictivas tienen mayor probabilidad de presentar depresión durante la adolescencia, así como de agredir físicamente a pares del mismo sexo, compañeros y padres. La depresión ha sido asociada al maltrato físico en estudios previos, conclusión que confirma los resultados de su estudio, en el que se encontró que los jóvenes abusados físicamente tienen una probabilidad siete veces mayor de desarrollar un trastorno depresivo mayor, que aquellos jóvenes que no son maltratados.⁵⁰

Uno de los factores que puede dañar la salud mental de las y los adolescente es el maltrato, ya sea físico y/o psicológico, siendo importante identificar oportunamente a las y los adolescentes víctimas de maltrato para evitar

mayores consecuencias en su salud; sin embargo esta tarea es difícil porque muchas de las agresiones son ocultadas por las víctimas, ya sea por sentimiento de culpa o por temor. La violencia repercute de la misma manera en los adolescentes de ambos sexos, no obstante solamente contamos con datos nacionales de agresión física en adolescentes del sexo femenino. Dichos datos demuestran que el tipo de agresor más frecuente es el padre (25% de los casos de maltrato físico), seguido de la madre (22%) y el esposo en el caso de las adolescentes casadas (18%). La mayoría de las adolescentes son víctimas de sus propias familias, situación alarmante considerando que la familia debería ser un “factor protector”. Cabe resaltar que esta situación afecta en la misma proporción a las familias de todos los quintiles de riqueza, a las familias de todas las regiones y a las familias que residen tanto en el área urbana como en el área rural.⁴²

1.3. HIPOTESIS

H₁: La incidencia de depresión es mayor en adolescentes que presentaron mayor número de factores de riesgo biológico, psicológico y social.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. ENFOQUE DE INVESTIGACION:

El enfoque de investigación fue Cuantitativo.

2.2. TIPO DE INVESTIGACION:

El tipo de investigación fue Aplicativo.

2.3. TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACION:

El tipo de diseño de investigación propuesta fue descriptivo, correlacional y retrospectivo.

2.4. AREA DE ESTUDIO:

Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho COSMA, ubicado en la en el Jr. Sol 637 del distrito de Ayacucho, provincia de Huamanga, departamento de Ayacucho.

2.5. POBLACION

La población en estudio estuvo constituida por 154 (100%) adolescentes de 10 a 19 años de edad que recibieron atención por primera vez en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho COSMA en el periodo 2013.

2.5.1. CRITERIOS DE INCLUSION:

- ✓ Adolescentes de las edades de 10 a 19 años que acudieron por primera vez a recibir atención psicológica o psiquiátrica y han sido diagnosticados con depresión en el periodo 2013.
- ✓ Adolescentes de las edades de 10 a 19 años diagnosticados con depresión que residen en los Distritos de Ayacucho, Carmen Alto, Jesús Nazarena y San Juan Bautista en el periodo 2013.

2.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- ✓ Adolescentes continuadores o re-ingresantes en la institución en el periodo 2013.
- ✓ Adolescentes diagnosticados con otros trastornos mentales en el periodo 2013.
- ✓ Adolescentes diagnosticados con depresión que no residen en los Distritos de Ayacucho, Carmen Alto, Jesús Nazarena y San Juan Bautista en el periodo 2013.

2.6. TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS:

La técnica de recolección de datos fue la utilización de la información disponible a través del análisis documental (historias clínicas).

2.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Los instrumentos de recolección de datos fue la ficha de recolección de datos y la lista de cotejo.

2.8. RECOLECCION DE DATOS

Se presentó a la Dirección del Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho COSMA, un oficio, una carta de presentación y el proyecto de investigación impresa para la aceptación de la ejecución del proyecto en su institución, una vez que la dirección del COSMA aceptó la ejecución del proyecto se inició con la recolección de datos de las historias clínicas en el Servicio de Admisión; primero se utilizó la ficha de recolección de datos que consistió en extraer los datos generales del usuario adolescente y datos sobre el trastorno mental como fue el diagnóstico psicológico y/o psiquiátrico para determinar la incidencia de la depresión; así mismo esta ficha permitió extraer la frecuencia e intensidad de los signos y síntomas de la depresión para determinar los niveles de episodio depresivo utilizando los criterios diagnósticos del CIE 10 Capítulo V de Trastornos Mentales y de Comportamiento donde nos da a conocer los criterios diagnósticos de los niveles de episodio depresivo el cual se encuentra en la ficha de datos. El segundo instrumento que se utilizó fue la lista de chequeo de factores de riesgo de la depresión con la cual se extrajo datos de la historia clínica de todos los adolescentes sobre los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales para poder identificar y determinar los factores de riesgo relacionados con la incidencia de depresión en adolescentes. El baseado de datos fue en forma personal y anónima y así se pudo identificar la incidencia de depresión y los factores de riesgo en los adolescentes.

2.9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Los datos fueron procesados de manera informática empleando el paquete estadístico SPSS. Los datos son presentados en cuadros simples y compuestos de acuerdo a los objetivos propuestos. En el análisis estadístico de los datos se emplearon: la prueba Chi cuadrado con corrección de continuidad para asociar las variables, Odds Ratio (oportunidad de riesgo) para cuantificar el riesgo y el Coeficiente de Correlación “r” de Pearson, para establecer el grado de relación entre los factores de riesgo y la incidencia de depresión.

CAPITULO III
RESULTADOS

CUADRO N° 01

INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013.

DEPRESIÓN	N°	%
Presenta	63	40,9
No presenta	91	59,1
TOTAL	154	100,0

FUENTE: Base de datos obtenidos de la aplicación de la ficha de datos, 2013.

En el presente cuadro se observa que del 100% (154) de adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho 2013 el 40,9% presentaron depresión que equivale a 63 adolescentes.

CUADRO N° 02

NIVELES DE EPISODIO DEPRESIVO EN LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013.

NIVELES DE EPISODIO DEPRESIÓN	Nº	%
Leve	28	44,4
Moderado	29	46,0
Grave sin síntomas psicóticos	3	4,8
Grave con síntomas psicóticos	3	4,8
TOTAL	63	100,0

FUENTE: Base de datos obtenidos de la aplicación de la ficha de datos, 2013.

En el presente cuadro se observa que del 100% (63) de adolescentes que presentaron depresión el 46,0% presentó un nivel de episodio depresivo moderado y el 44,4% presentó un nivel de episodio depresivo leve, siendo los dos porcentajes más altos dentro de los niveles de episodio depresivo, y el episodio depresivo con y sin síntomas psicóticos fueron los que se presentaron en menor porcentaje.

CUADRO N° 03

INCIDENCIA DE LA DEPRESION SEGÚN EL DISTRITO DE PROCEDENCIA DE LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013.

DISTRITO DE PROCEDENCIA	DEPRESIÓN				TOTAL	
	PRESENTA		NO PRESENTA			
	N°	%	N°	%	N°	%
Ayacucho	42	27,3	62	40,3	104	67,5
San Juan Bautista	11	7,1	22	14,3	33	21,4
Carmen Alto	04	2,6	05	3,2	09	5,8
Jesús Nazareno	06	3,9	02	1,3	08	5,2
TOTAL	63	40,9	91	59,1	154	100,0

FUENTE: Base de datos obtenidos de la aplicación de la ficha de datos y lista de cotejos, 2013.

En el presente cuadro se observa que, del 100% (154) de adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2013, el 59,1% de adolescentes no presentó depresión y el 40,9% presentó depresión, de ello, el distrito de procedencia de los adolescentes que presentó el mayor porcentaje de depresión fue el distrito de Ayacucho con 27, 3% en comparación con el resto de distritos de procedencia de los adolescentes.

CUADRO N° 4

FACTORES DE RIESGO BIOLOGICO, PSICOLOGICO Y SOCIAL RELACIONADO CON LA INCIDENCIA DE LA DEPRESION DE LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013.

FACTORES DE RIESGO	DEPRESION		CHI 2		Valor de significancia	OR	Ic95%
	Nº	%	X2c	X2t			
BIOLOGICO							
Sexo	32	20,8	0,187	3,84	p = 0,666	1,152	0,606; 2,193
Antecedentes psiquiátricos familiares	25	16,2	4,221	3,84	p = 0,040	2,063	1,028; 4,140
Problemas o enfermedad física personales	8	5,2	9,103	3,84	p = 0,003	13,091	1,594; 107,519
Antecedentes psiquiátricos o psicológicos personales	25	16,2	0,023	3,84	p = 0,879	1,053	0,545; 2,033
Problemas neurológicos personales.	3	1,9	0,779	3,84	p = 0,377	13,091	0,361; 13,717
PSICOLOGICOS							
Dificultad para tomar decisiones.	59	38,3	19,265	3,84	p < 0,001	8,798	2,934; 26,382
Problemas e estrés o tensión	62	40,3	16,819	3,84	p < 0,001	22,209	2,917; 169,097
Pérdida de confianza en si mismo	61	39,6	49,169	3,84	p < 0,001	42,539	9,793; 184,786
Pesimismo	61	39,6	72,615	3,84	p < 0,001	80,520	18,297; 354,338
Retraimiento social	44	28,6	31,699	3,84	p < 0,001	7,263	3,532; 14,936
Perfeccionismo al hacer sus actividades	19	12,3	3,353	3,84	p = 0,067	2,024	0,945; 4,337
Baja autoestima	63	40,9	84,301	3,84	p < 0,001	82,520	19,298; 356,349
Problemas de sensibilidad a la pérdida o rechazo	60	39,0	42,997	3,84	p < 0,001	25,5	7,444; 87,347
Alteraciones de conducta	61	39,6	0,884	3,84	p = 0,347	2,153	0,420; 11,03
Pensamientos negativos	63	40,9	22,666	3,84	p < 0,001	20,209	2,917; 169,097
SOCIAL							
Violencia física	29	8,8	0,878	3,84	p = 0,349	1,365	0,712; 2,617
Violencia psicológica	44	28,6	7,020	3,84	p = 0,008	2,474	1,257; 4,869
Violencia sexual	10	6,5	9,689	3,84	p = 0,008	8,396	1,772; 39,789
Problemas laborales	24	15,6	5,483	3,84	p = 0,019	2,332	1,139; 4,777
Problemas económicos	14	9,1	16,033	3,84	p = 0,019	12,714	2,775; 58,253
Problemas familiares	55	35,7	0,675	3,84	p = 0,411	1,467	0,586; 3,670
Violencia familiar	30	19,5	12,27	3,84	p < 0,001	3,445	1,699; 6,987
Poco o nulo apoyo	55	35,7	4,826	3,84	p < 0,001	2,604	1,088; 6,234
Desintegración familiar	23	14,9	1,12	3,84	p = 0,290	0,701	0,363; 1,355
Pérdida de algún familiar, pareja o amigo	14	9,1	11,461	3,84	p = 0,001	6,214	1,938; 19,923

FUENTE: Base de datos obtenidos de la aplicación de la lista de cotejos, 2013.

En el presente cuadro se observa los factores de riesgo biológico, psicológico y social relacionados con la incidencia de depresión en la cual se ve que dentro de los factores de riesgo biológico, los problemas o enfermedades físicas personales están relacionados con la presencia de depresión porque el valor χ^2_c : 9,103 es mayor al valor crítico χ^2_t : 3,84. Por tanto, es un factor de riesgos biológico de mayor significancia (IC95%: 1,594; 107,519) en comparación del resto de factores de riesgo biológicos evaluados. Es decir, los adolescentes con problemas o enfermedad física personales tienen un riesgo 13,091 veces mayor de presentar depresión. Así mismo dentro de los factores de riesgo psicológico, la baja autoestima y el pesimismo están relacionados con la presencia de depresión porque el valor χ^2_c : 84,301; 72,61 es mayor al valor crítico χ^2_t : 3,84. Por tanto, son factores de riesgos psicológicos de mayor significancia (IC95%: 19,298; 356,349- 18,297; 354,338) en comparación del resto de factores riesgo psicológicos evaluados. Es decir, los adolescentes con una baja autoestima y/o pesimismo tienen un riesgo 82,520 y 80,520 veces mayor de presentar depresión.

Por su parte dentro de los factores de riesgo sociales se puede ver qué violencia sexual y problemas económicos están relacionados con la presencia de depresión porque el valor χ^2_c : 16,033; 9,689 es mayor al valor crítico χ^2_t : 3,84. Por tanto, son factores de riesgos sociales de mayor significancia (IC95%: 2,775; 58,253- 1,772; 39,789) en comparación del resto de factores de riesgo sociales evaluados. Es decir, los adolescentes con violencia sexual y/o problemas económicos tienen un riesgo 12,714 y 8,396 veces mayor de presentar depresión.

Mientras que los factores de riesgo biológico, psicológico y social como: el sexo masculino, antecedentes psiquiátricos o psicológicos personales, problemas neurológicos personales, perfeccionismo al hacer sus actividades, alteraciones de conducta, violencia física, problemas familiares y la desintegración familiar no están relacionados con la presencia de depresión porque el valor del χ^2_c es menor al valor crítico χ^2_t . Por tanto, son factores de riesgo biológico, psicológico y social no significativo.

CUADRO N° 4.1

INCIDENCIA DE LA DEPRESION SEGÚN EL SEXO DE LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013

SEXO	DEPRESIÓN				TOTAL	
	PRESENTA		NO PRESENTA			
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	32	20,8	43	27,9	75	48,7
Femenino	31	20,1	48	31,2	79	51,3
TOTAL	63	40,9	91	59,1	154	100,0

FUENTE: Base de datos obtenidos de la aplicación de la lista de cotejos, 2013.

$\chi^2_c : 0,187$ Gl: 1 $\chi^2_t : 3,84$ $p = 0,666$ OR: 1,152 IC 95% : 0,606; 2,193

En el presente cuadro se observa que, del 100% (154) de los adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2013, el 59,1% no presentó depresión y el 40,9% de adolescentes presentó depresión, de ello, el mayor porcentaje de adolescentes con depresión fue del sexo masculino con 20,8%.

De acuerdo a la prueba estadística planteada, el sexo masculino no está relacionado con la presencia de depresión porque el valor $\chi^2_c : 0,187$ es menor al valor crítico $\chi^2_t : 3,84$. Por tanto, es un factor de riesgo no significativo (OR : 1,152; IC 95% : 0,606; 2,193).

CUADRO N° 4.2

INCIDENCIA DE LA DEPRESION SEGÚN LOS PROBLEMAS O ENFERMEDADES FÍSICAS PERSONALES DE LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013.

PROBLEMAS O ENFERMEDADES FÍSICAS PERSONALES	DEPRESIÓN				TOTAL	
	PRESENTA		NO PRESENTA		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	08	5,2	01	0,6	09	5,8
Problemas osteo articulares	02	1,3	-	-	02	1,3
Enfermedades respiratorias	01	0,6	-	-	01	0,6
Enfermedades gastrointestinales	01	0,6	-	-	01	0,6
Enfermedades de la piel	04	2,7	01	0,6	05	3,3
No	55	35,7	90	58,4	145	94,2
TOTAL	63	40,9	91	59,1	154	100,0

FUENTE: Base de datos obtenidos de la aplicación de la lista de cotejos, 2013.

$$\chi^2_c : 9,103 \quad G1: 1 \quad \chi^2_t : 3,84 \quad p = 0,003 \quad OR: 13,091 \quad Ic95\% : 1,594; 107,519$$

Del 100% (154) de adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2013, el 59,1% no presentó depresión y el 40,9% de adolescentes presentó depresión, de ello, el 35,7% no presentó problemas o enfermedades físicas personales y el 5,2% presentó problemas o enfermedades físicas personales, de lo cual el mayor porcentaje de adolescentes que presentó depresión, presentó enfermedades de la piel 2,7%.

De acuerdo a la prueba estadística planteada, los problemas o enfermedades físicas personales están relacionados con la presencia de depresión porque el valor $\chi^2_c : 9,103$ es mayor al valor crítico $\chi^2_t : 3,84$. Por tanto, es un factor de riesgo significativo. Es decir, los adolescentes con algún problema o enfermedad físico tienen un riesgo 13,091 veces mayor de presentar depresión.

CUADRO N° 4.3

INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN SEGÚN LOS PROBLEMAS DE ESTRÉS O Tensión DE LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013.

PROBLEMAS DE ESTRÉS O Tensión	DEPRESIÓN				TOTAL	
	PRESENTA		NO PRESENTA			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	62	40,3	67	43,5	129	83,8
No	01	0,6	24	15,6	25	16,2
TOTAL	63	40,9	91	59,1	154	100,0

FUENTE: Base de datos obtenidos de la aplicación de la lista de cotejos, 2013.

$$\chi^2_c : 16,819 \quad \text{Gl: } 1 \quad \chi^2_t : 3,84 \quad p < 0,001 \quad \text{OR: } 22,209 \quad \text{Ic95\% : } 2,917; 169,097$$

Del 100% (154) de adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2013, el 59,1% no presentó depresión. Del 40,9% de adolescentes que presentó depresión, el mayor porcentaje de adolescentes presentó tener constantemente problemas de estrés o tensión con 40,3%.

De acuerdo a la prueba estadística planteada, tener constantemente problemas de estrés o tensión están relacionados con la presencia de depresión porque el valor $\chi^2_c : 16,819$ es mayor al valor crítico $\chi^2_t : 3,84$. Por tanto, es un factor de riesgo significativo (IC 95%: 2,917; 169,097). Es decir, los adolescentes con constante problemas de estrés o tensión tienen un riesgo 22,209 veces mayor de presentar depresión.

CUADRO N° 4.4

INCIDENCIA DE LA DEPRESION SEGÚN LA PÉRDIDA DE CONFIANZA EN SÍ MISMOS DE LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013.

PÉRDIDA DE CONFIANZA EN SÍ MISMOS	DEPRESIÓN				TOTAL	
	PRESENTA		NO PRESENTA			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	61	39,6	38	27,4	99	64,3
No	02	1,3	53	34,4	55	35,7
TOTAL	63	40,9	91	59,1	154	100,0

FUENTE: Base de datos obtenidos de la aplicación de la lista de cotejos, 2013.

$$\chi^2_c : 49,169 \quad \text{Gl: } 1 \quad \chi^2_t : 3,84 \quad p < 0,001 \quad \text{OR: } 42,539 \quad \text{Ic95\% : } 9,793; 184,786$$

El siguiente cuadro muestra que, del 100% (154) de adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2013, el 59,1% no presentó depresión. El 40,9% de adolescentes presentó depresión, de ello, el mayor porcentaje de adolescentes presentó pérdida de confianza en sí mismos con 39,6%.

De acuerdo a la prueba estadística planteada, la pérdida de confianza en sí mismos está relacionada con la presencia de depresión porque el valor $\chi^2_c : 42,539$ es mayor al valor crítico $\chi^2_t : 3,84$. Por tanto, es un factor de riesgo significativo (IC95%: 9,793; 184,786). Es decir, los adolescentes con pérdida de confianza en sí mismos tienen un riesgo 42,539 veces mayor de presentar depresión.

CUADRO N° 4.5

INCIDENCIA DE LA DEPRESION SEGÚN PESIMISMO DE LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013.

PESIMISMO	DEPRESIÓN				TOTAL	
	PRESENTA		NO PRESENTA			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	61	39,6	25	16,2	86	55,8
No	02	1,3	66	42,9	68	44,2
TOTAL	63	40,9	91	59,1	154	100,0

FUENTE: Base de datos obtenidos de la aplicación de la lista de cotejos, 2013.

$\chi^2_c : 72,615$ Gl: 1 $\chi^2_i : 3,84$ $p < 0,001$ OR: 80,520 Ic95% : 18,297; 354,338

En el presente cuadro se observa que, del 100% (154) de adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2013, el 59,1% no presentó depresión. El 40,9% de adolescentes presentó depresión, de ello, el mayor porcentaje de adolescentes que es el 39,6% presentó pesimismo.

De acuerdo a la prueba estadística planteada, el pesimismo está relacionado con la presencia de depresión porque el valor $\chi^2_c : 72,615$ es mayor al valor crítico $\chi^2_i : 3,84$. Por tanto, es un factor de riesgo significativo (IC95%: 18,297; 354,338). Es decir, los adolescentes con pesimismo tienen un riesgo 80,520 veces mayor de presentar depresión.

CUADRO N° 4.6

INCIDENCIA DE LA DEPRESION SEGÚN LA BAJA AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013.

BAJA AUTOESTIMA	DEPRESIÓN				TOTAL	
	PRESENTA		NO PRESENTA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	63	40,9	23	14,9	86	55,8
No	0	0,0	68	44,2	68	44,2
TOTAL	63	40,9	91	59,1	154	100,0

FUENTE: Base de datos obtenidos de la aplicación de la lista de cotejos, 2013.

$\chi^2_c : 84,301$ Gl: 1 $\chi^2_t : 3,84$ $p < 0,001$ OR: 82,520 Ic95%:19,298; 356,349

En el presente cuadro se observa que, del 100% (154) de adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2013, el 59,1% no presentó depresión. El 40,9% de adolescentes que presentó depresión, todos presentaron baja autoestima.

De acuerdo a la prueba estadística planteada, la baja autoestima está relacionado con la presencia de depresión porque el valor $\chi^2_c : 84,301$ es mayor al valor crítico $\chi^2_t : 3,84$. Por tanto, es un factor de riesgo significativo.

CUADRO N° 4.7

INCIDENCIA DE LA DEPRESION SEGÚN LOS PROBLEMA DE SENSIBILIDAD A LA PÉRDIDA O RECHAZO DE LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013.

PROBLEMA DE SENSIBILIDAD A LA PÉRDIDA O RECHAZO	DEPRESIÓN				TOTAL	
	PRESENTA		NO PRESENTA			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	60	39,0	40	26,0	100	64,9
No	03	1,9	51	33,1	54	35,1
TOTAL	63	40,9	91	59,1	154	100,0

FUENTE: Base de datos obtenidos de la aplicación de la lista de cotejos, 2013.

$$\chi^2_c : 42,997 \quad \text{Gl: } 1 \quad \chi^2_t : 3,84 \quad p < 0,001 \quad \text{OR: } 25,5 \quad \text{Ic95\% : } 7,444; 87,347$$

En el presente cuadro se observa que, del 100% (154) de adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2013, el 59,1% no presentó depresión. El 40,9% de adolescentes presentó depresión, de ello, el 39,0% presentó problemas de sensibilidad a la pérdida o rechazo y el 1,9% no presentó problemas de sensibilidad a la pérdida o rechazo.

De acuerdo a la prueba estadística planteada, los problemas de sensibilidad a la pérdida o rechazo están relacionados con la presencia de depresión porque el valor $\chi^2_c : 42,997$ es mayor al valor crítico $\chi^2_t : 3,84$. Por tanto, es un factor de riesgo significativo (IC95%: 7,444; 87,37). Es decir, los adolescentes con problemas de sensibilidad a la pérdida o rechazo tienen un riesgo 25,5 veces mayor de presentar depresión.

CUADRO N° 4.8

INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN SEGÚN LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS DE LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013.

PENSAMIENTOS NEGATIVOS	DEPRESIÓN				TOTAL	
	PRESENTA		NO PRESENTA			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	63	40,9	64	41,6	127	82,5
No	0	0,0	27	17,5	27	17,5
TOTAL	63	40,9	91	59,1	154	100,0

FUENTE: Base de datos obtenidos de la aplicación de la lista de cotejos, 2013.

$$\chi^2_c: 22,666 \quad \text{Gl: 1} \quad \chi^2_t: 3,84 \quad p < 0,001 \quad \text{OR: 20,209} \quad \text{Ic95\% 2,917; 169,097}$$

En el presente cuadro se observa que, del 100% (154) de adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2013, el 59,1% no presentó depresión. El 40,9% de adolescentes presentó depresión y todos presentaron pensamientos negativos.

De acuerdo a la prueba estadística planteada, los pensamientos negativos están relacionados con la presencia de depresión porque el valor $\chi^2_c: 22,666$ es mayor al valor crítico $\chi^2_t: 3,84$. Por tanto, es un factor de riesgo significativo.

CUADRO N° 4.9

INCIDENCIA DE LA DEPRESION SEGÚN LA VIOLENCIA SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDIERON A RECIBIR ATENCIÓN EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013.

VIOLENCIA SEXUAL	DEPRESIÓN				TOTAL	
	PRESENTA		NO PRESENTA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	10	6,5	02	1,3	12	7,8
No	53	34,4	89	57,8	142	92,2
TOTAL	63	40,9	91	59,1	154	100,0

FUENTE: Base de datos obtenidos de la aplicación de la lista de cotejos, 2013.

$\chi^2_c : 9,689$ Gl: 1 $\chi^2_t : 3,84$ $p = 0,008$ OR: 8,396 Ic95% : 1,772; 39,789

Del 100% (154) de adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2013, el 59,1% no presentó depresión. El 40,9% de adolescentes presentó depresión, de ello, el 34,4% de adolescentes no presentó violencia sexual.

Pero de acuerdo a la prueba estadística planteada, la violencia sexual está relacionada con la presencia de depresión porque el valor $\chi^2_c : 9,689$ es mayor al valor crítico $\chi^2_t : 3,84$. Por tanto, es un factor de riesgo significativo (IC95%: 1,772; 39,789). Es decir, los adolescentes con violencia sexual tienen un riesgo 8,396 veces mayor de presentar depresión.

CUADRO N° 4.10

INCIDENCIA DE LA DEPRESION SEGÚN LOS PROBLEMAS ECONOMICOS DE LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013.

PROBLEMAS ECONÓMICOS	DEPRESIÓN				TOTAL	
	PRESENTA		NO PRESENTA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	14	9,1	02	1,3	16	10,4
No	49	31,8	89	57,8	138	89,6
TOTAL	63	40,9	91	59,1	154	100,0

FUENTE: Base de datos obtenidos de la aplicación de la lista de cotejos, 2013.

$\chi^2_c : 16,033$ Gl: 1 $\chi^2_t : 3,84$ $p = 0,019$ OR: 12,714 Ic95% : 2,775; 58,253

Del 100% (154) de adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2013, el 59,1% no presentó depresión. El 40,9% de adolescentes presentó depresión, de ello, el 31,8% de adolescentes no tuvo problemas económicos.

De acuerdo a la prueba estadística planteada, los problemas económicos están relacionados con la presencia de depresión porque el valor $\chi^2_c : 16,033$ es mayor al valor crítico $\chi^2_t : 3,84$. Por tanto, es un factor de riesgo significativo (IC95%: 2,775; 58,253). Es decir, los adolescentes con problemas económicos tienen un riesgo 12,714 veces mayor de presentar depresión.

CUADRO N° 4.11

INCIDENCIA DE LA DEPRESION SEGÚN LA PÉRDIDA DE ALGÚN FAMILIAR, PAREJA O AMIGO DE LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013.

PÉRDIDA DE ALGÚN FAMILIAR, PAREJA O AMIGO	DEPRESIÓN				TOTAL	
	PRESENTA		NO PRESENTA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	14	9,1	04	2,6	18	11,7
No	49	31,8	87	56,5	136	88,3
TOTAL	63	40,9	91	59,1	154	100,0

FUENTE: Base de datos obtenidos de la aplicación de la lista de cotejos, 2013.

$$\chi^2_c : 11,461 \quad \text{Gl: 1} \quad \chi^2_t : 3,84 \quad p = 0,001 \quad \text{OR: 6,214} \quad \text{Ic95\% : 1,938; 19,923}$$

En el presente cuadro se observa que, del 100% (154) de adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2013, el 59,1% no presentó depresión y el 40,9% de adolescentes presentó depresión, de ello, el 31,8% de los adolescentes no tuvo pérdida de algún familiar, pareja o amigo.

Pero de acuerdo a la prueba estadística planteada, la pérdida de algún familiar, pareja o amigo está relacionada con la presencia de depresión porque el valor $\chi^2_c : 11,461$ es mayor al valor crítico $\chi^2_t : 3,84$. Por tanto, es un factor de riesgo significativo (IC95%: 1,938; 19,923). Es decir, los adolescentes con pérdida de algún familiar, pareja o amigo tienen un riesgo 6,214 veces mayor de presentar depresión.

CUADRO Nº 5

INCIDENCIA DE LA DEPRESION SEGÚN EL NÚMERO DE FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO, PSICOLÓGICO Y SOCIAL DE LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013.

NUMERO DE FACTORES DE RIESGO		DEPRESIÓN				TOTAL	
		PRESENTA		NO PRESENTA			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
UNO	Biológico	0	0,0	0	0,0	2	1,3
	Psicológico	0	0,0	2	0,1		
CUATRO	Biológico, psicológico y social	0	0,0	2	1,3	4	2,6
	Psicológico y social	0	0,0	2	1,3		
CINCO	Biológico, psicológico y social	0	0,0	1	0,6	4	2,6
	Psicológico y social	0	0,0	3	1,9		
SEIS	Biológico, psicológico y social	0	0,0	8	5,2	10	6,5
	Psicológico y social	0	0,0	2	1,3		
SIETE	Biológico, psicológico y social	0	0,0	2	1,3	10	6,5
	Psicológico y social	0	0,0	8	5,2		
OCHO	Biológico, psicológico y social	0	0,0	1	0,6	11	7,1
	Psicológico y social	0	0,0	10	6,5		
NUEVE	Biológico, psicológico y social	1	0,6	10	6,5	17	11,0
	Psicológico y social	0	0,0	6	3,9		
DIEZ	Biológico, psicológico y social	0	0,0	4	2,6	9	5,8
	Psicológico y social	1	0,6	4	2,6		
ONCE	Biológico, psicológico y social	0	0,0	6	3,9	9	5,8
	Psicológico y social	1	0,6	2	1,3		
DOCE	Biológico, psicológico y social	1	0,6	6	3,9	14	9,0
	Psicológico y social	5	3,2	2	1,3		
TRECE	Biológico, psicológico y social	9	5,8	3	1,9	17	11,0
	Psicológico y social	4	2,6	1	0,6		
CATORCE	Biológico, psicológico y social	6	3,9	3	1,9	16	10,4
	Psicológico y social	6	3,9	1	0,6		
QUINCE	Biológico, psicológico y social	6	3,9	2	1,3	10	6,5
	Psicológico y social	2	1,3	0	0,0		
DIESEISEIS	Biológico, psicológico y social	8	5,2	0	0,0	11	7,1
	Psicológico y social	3	1,9	0	0,0		
DIESICETE	Biológico, psicológico y social	4	2,6	0	0,0	4	2,6
	Psicológico y social	0	0,0	0	0,0		
DIESIOCHO	Biológico, psicológico y social	4	2,6	0	0,0	5	3,2
	Psicológico y social	1	0,6	0	0,0		
DIESINUEVE	Biológico, psicológico y social	1	0,6	0	0,0	1	0,6
	Psicológico y social	0	0,0	0	0,0		
TOTAL		63	40,9	91	59,1	154	100,00

FUENTE: Base de datos obtenidos de la aplicación de la lista de cotejos, 2013.

$$r : 0,719 \text{ } p < 0,001$$

En el presente cuadro se observa que, del 100% (154) de adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2013, el 59,1% no presentó depresión y el 40,9% de adolescentes presentó depresión, de ello, el 5,8% de adolescentes que tuvo depresión presentó trece factores de riesgo biológico, psicológico y social para desarrollar la enfermedad y el 5,2% de adolescentes que tuvo depresión presentó dieciséis factores de riesgo biológico, psicológico y social para desarrollar la enfermedad. Mientras que el 3,9% de adolescentes que tuvo depresión presentó catorce factores de riesgo psicológico y social para desarrollar la enfermedad.

De acuerdo a la prueba estadística planteada, el número de factores de riesgo se correlaciona directamente con la presencia de depresión a un nivel altamente significativo y en grado medio ($r = 0,719$; $p < 0,001$). Es decir, cuanto más expuestos están los adolescentes a un mayor número de factores de riesgo incrementa la probabilidad de presentar depresión. Es más, todos los adolescentes con dieciséis a veinte factores de riesgo acumulados presentan depresión.

CAPITULO IV

DISCUSION

Una cosa es la tristeza, sentimiento normal, como la alegría y otra la depresión o tristeza patológica; la depresión constituye una patología psicopatológica que puede adoptar la forma de síntoma (la vivencia anómala de sentirse deprimido), síndrome (un estado accesible al diagnóstico clínico) y enfermedad (una entidad nosológica definida por su etiopatogenia y curso propio).²⁴

La depresión es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño social ocupacional.³

Al respecto la Organización Mundial de la Salud 2012 refiere que al menos 350 millones de persona viven con depresión y es la principal causa de discapacidad en el mundo que afecta a individuos independientemente de su edad, género o condición socio-económica, además, una de cada cinco personas llegará a desarrollar un trastorno depresivo a lo largo de la vida, proporción que aumentará si concurren otros factores de riesgo, como enfermedades médicas o situaciones de estrés.²

Así mismo en Perú según Velásquez (2006) en los estudios de carga morbilidad realizados por el Ministerio de Salud en el 2004 han demostrado que la depresión constituye el principal problema de carga entre otras patologías físicas y los efectos de esta enfermedad reduce la calidad de vida, la capacidad funcional, la productividad, la integración social e independencia de las personas.¹² De igual manera un estudio sobre la Carga de Enfermedad y Lesiones en el 2009 confirman que dentro de las primeras 50 causas de carga de enfermedad y lesiones, la depresión ocupa el quinto lugar siendo un problema de salud pública para nuestro país.¹³

Los resultados obtenidos mediante el presente estudio indican en el Cuadro N°1 que la incidencia de la depresión en los adolescentes que recibieron atención

en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2013 fue de 40,9% y el 59,1% de adolescentes no presentó depresión.

Según Gonzáles, De La Cruz y Martínez (2007) en México, refieren que la adolescencia es una etapa de vida que es considerado en riesgo de padecer la depresión debido a que sus manifestaciones varían en función del sexo del adolescente, sistema de valores, ajuste emocional, nivel intelectual y educativo así como el contexto y el ambiente donde se desenvuelven, son fácilmente confundidas con los cambios de humor, agresividad, aislamiento, desinterés y agotamientos propios de esa etapa.¹

Así mismo el Instituto Nacional de Salud Mental (2010) en EE.UU, manifiesta que la depresión en la adolescencia a menudo coexiste con otros trastornos tales como ansiedad, comportamiento perturbador, trastornos alimenticios o abusos de sustancias y también puede conducir a un aumento en el riesgo de suicidio.³⁸

Al respecto Vivar y Mahr (2009) en Perú, refieren que la incidencia de la depresión aumenta conforme avanza la edad; en los adolescentes la frecuencia de depresión aumenta notoriamente en 7-10%.³²

Del mismo modo Galicia, Sánchez y Robles (2009) en México, refieren que de acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica la depresión se encuentra entre los cinco trastornos con mayor presencia en la población mexicana y el estudio muestra que la adolescencia es la etapa donde existe un mayor riesgo que se presente la depresión.¹⁰

Según Dean y Parmelee (1998) en Madrid, en un estudio sobre la tasas de depresión en la adolescencia ha aportado cifras variables, en donde la incidencia de la depresión oscila en un 1-2% y en una muestra de pacientes adolescentes hospitalizados indican que el 50% estaban deprimidos.³³

Por otro lado Vargas, Tovar y Valverde (2010) en Lima Metropolitana y Callao, refieren que el número de casos de episodio depresivo en adolescentes es 8.6%, el cual fue similar y en algunos casos mayor a la encontrada en adolescentes de otros países.¹⁴

Por su parte el Hospital Regional de Ayacucho en su Análisis de Situación de Salud del 2006 encontró que los trastornos mentales y de comportamiento ocupan el séptimo lugar de la causa de consulta externa que equivale a más de 1000 casos atendidos y según el grupo etareo la adolescencia ocupa el cuarto lugar con un total de más de 200 casos atendidos con trastornos mentales y de comportamiento.¹⁷

Los resultados obtenidos en el presente estudio difieren con algunas de las investigaciones y teorías citadas y concuerdan con otras como los hallazgos de Galicia, Sánchez, Robles, Vargas, Tovar y Valverde. Con lo cual se deduce que a pesar de que el mayor porcentaje de adolescentes no presento depresión en este estudio se puede observar sin embargo, que existe un gran número de adolescentes que si presentaron depresión a diferencia de otros trastornos mentales. Este resultado se puede deber a que la depresión en la adolescencia a menudo coexiste con otros trastornos tales como ansiedad, comportamiento perturbador, trastornos alimenticios o abusos de sustancias, enmascarando así la depresión o pasando a un segundo plano, como lo refiere la Organización Mundial de la Salud “Cuando se produce un trastorno depresivo en concomitancia con una enfermedad física, debe darse prioridad primero al tratamiento somático, pero sin descuidar el diagnóstico y tratamiento de la depresión. Cuando se trata correctamente el cuadro depresivo, con frecuencia mejora el pronóstico de la enfermedad física y la capacidad del paciente para tolerar su situación y seguir sus tratamientos”. Así mismo también se debe tener presente que los adolescentes pueden mostrarse renuentes a expresar abiertamente sus sentimientos y pueden revelar actitudes y conductas que no son equivalentes a la depresión, tales como drogadicción, promiscuidad, actos delictivos y la búsqueda del peligro, pero todos estos pueden ser indicios de una fuerte depresión oculta. Por lo cual es muy importante que el profesional de salud mental durante la entrevista clínica explore, valore, más detalladamente los signos y síntomas con él o la adolescente y sus familiares para establecer un diagnóstico específico y así tenga un tratamiento oportuno y adecuado, ya que si no se hace una intervención adecuada, los

adolescentes con depresión pueden tener un gran impacto sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales. También existen evidencias de la posible continuidad de la depresión a lo largo de la adolescencia y de su prolongación durante la etapa adulta, lo cual se ve reflejadas en los altos índices de consultas, hospitalizaciones psiquiátricas que origina.

En el Cuadro N° 2 se puede observar los niveles de episodio depresivo en los adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2013, en donde el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron depresión tuvieron un nivel de episodio depresivo moderado (46,0%) en comparación a los otros niveles de episodio depresivo.

Al respecto Li, Friedman, Conwell y Fiscella (2007) en EE.UU, refieren que no todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas puede variar según la persona. Los síntomas más comunes son: sentimientos de tristeza, pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban, ausencia de sentimientos y actividades placenteras, además de incomodidades físicas que no se alivian ni siquiera con tratamiento.⁶⁴

Así mismo la Asociación Americana de Psiquiatría (2003) en España, clasifica al episodio depresivo de acuerdo con la intensidad del cuadro, la intervención o no de los síntomas psicóticos y también las características de la remisión, parcial o total, considerando al episodio depresivo moderado como un conjunto de síntomas o deterioro funcional entre “leve” y “grave”.⁴¹

De igual manera la Organización Mundial de la Salud (1992) en Madrid, refiere que en el episodio depresivo moderado deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve, así como al menos tres de los demás síntomas, además que es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, así mismo que el episodio depresivo moderado debe durar al menos dos semanas y un enfermo con este episodio

depresivo suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral y doméstica.⁴⁰

Al respecto Vizcarra, Pimentel, Maldonado y Otros (2009) en México, en su estudio sobre la depresión en adolescentes encontraron que el 12.9% de adolescentes presento depresión leve, 4.4% depresión moderada y 0.9% grave.¹⁸

Igualmente Galicia y Sánchez (2009) en México, en un estudio que realizaron en los adolescentes identificaron los niveles de depresión leve y severa en mayor porcentaje.¹⁰

Por otra parte el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideo Noguchi (2009) en Perú, en un estudio epidemiológico que realizó en la sierra peruana encontró que el trastorno clínico más frecuente en los adolescentes de Ayacucho es la fobia social seguido del episodio depresivo moderado a severo 2,8% y 2,0% respectivamente.¹⁶

Los resultados obtenidos concuerdan con las teorías citadas por Li, Friedman, Conwell, Fiscella, la Asociación Americana de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud, puesto que el episodio depresivo moderado es un síndrome que se caracteriza por el humor disminuido, la falta de disfrute con las actividades que antes generaban placer, el pensamiento negativo y la escasa vitalidad, que conducen al inadecuado funcionamiento personal, familiar, laboral y social, que se traduce en sufrimiento y malestar en el adolescente deteriorando su desarrollo y calidad de vida. Así mismo el presente trabajo coincide con el estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideo Noguchi en la sierra peruana, esta coincidencia se debe a que ambos estudios presentaron un mayor porcentaje de adolescentes con episodio depresivo moderado, además también cabe señalar que el estudio fue realizado en la ciudad de Ayacucho en la cual, parte de su población de estudio se encontraron los adolescentes razón para la semejanza de los resultados encontrados. Por otro lado los resultados del presente estudio difieren con los hallazgos de Galicia, Sánchez, Vizcarra, Pimentel, Maldonado y Otros, esto puede ser porque los trabajos de investigación realizados por estos autores fueron ejecutadas en un país con

realidades, costumbres y situaciones socioculturales diferentes como es México, para lo cual es importante tener presente que no todos los adolescentes con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas puede variar de un adolescente a otro, para lo cual es trascendental su detección oportuna para un tratamiento adecuado de acuerdo al nivel de gravedad que se presente la depresión.

El cuadro N° 3 nos da a conocer acerca de la depresión según el distrito de procedencia del adolescente y se puede observar que dentro de los adolescentes que presentaron depresión el mayor porcentaje provienen del distrito de Ayacucho, seguido del distrito de San Juan Bautista en comparación al resto de los distritos.

Según el Diccionario de la Lengua Española (2001) define distrito como la palabra que deriva del latín *districtus*, de *distingere*, que significa separar. Se refiere a cada una de las demarcaciones en que se subdivide un territorio o una población para distribuir y ordenar el ejercicio de los derechos civiles, políticos, o de las funciones públicas o servicios administrativos. Igualmente define procedencia como una palabra que deriva del latín. *procedens*, *entis*, que significa procedente, el cual viene hacer el origen, principio de donde nace o se deriva algo o alguien.⁶⁵

Realizada la prueba estadística al Cuadro N° 3, nos da como resultado que la incidencia de depresión según el distrito de procedencia de los adolescentes no está relacionado con la presencia de depresión. Por tanto, no es significativo, razón por la cual se puede decir que cual fuese el distrito de procedencia del adolescente no se relaciona con la incidencia de depresión, pero cabe resaltar que los adolescentes que presentaron depresión son en mayor porcentaje del distrito de Ayacucho a comparación con los otros distritos, esto se puede deber a que como el Centro Especializado de Salud Mental está ubicado en una zona céntrica dentro de la jurisdicción del distrito de Ayacucho la población de este distrito tiene mayor conocimiento o información sobre los servicios que brinda esta

institución, por ende acuda más solicitando una atención, en comparación con otros distritos como Jesús Nazarena, Carmen Alto y San Juan Bautista que por su lejanía su población tal vez desconocen la existencia del Centro Especializado y de sus servicios que brinda; y si acuden por una atención pueda ser por referencia de algún familiar o amigo sobre la institución.

En el cuadro N° 4 podemos observar el consolidado de los factores de riesgo biológico, psicológico y social relacionados con la incidencia de la depresión de los adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2013. En donde, los problemas o enfermedades físicas personales, la baja autoestima, el pesimismo, la violencia sexual y problemas económicos son factor de riesgos biológico, psicológico y social de mayor significancia. Es decir, los adolescentes con estos factores de riesgo tienen un riesgo mayor de presentar depresión. A partir de ello podemos analizar los factores de riesgo significativos como es el cuadro N° 4.2 que nos da a conocer acerca de la incidencia de la depresión según los problemas o enfermedades físicas en los adolescentes dentro de los factor de riesgo biológico, en donde el 40,9% de adolescentes presentó depresión de ello el 35,7% no presentó problemas o enfermedades físicas personales y el 5,2% si presentó; de lo cual el mayor porcentaje de adolescentes que presentó depresión, presentó enfermedades de la piel con 2,7% como factor de riesgo biológico.

Realizada la prueba estadística planteada los problemas o enfermedades físicas en los adolescentes, son un factor de riesgo relacionado con la presencia de depresión, por tanto es un factor de riesgo biológico significativo. Así mismo cabe señalar que tener antecedentes psiquiátricos familiares (16,2%) en los adolescentes es también factor de riesgo biológico que influye para presentar la depresión pero en menor porcentaje. Mientras que los factores de riesgo biológico como sexo, antecedentes psiquiátricos o psicológicos personales y los problemas neurológicos no están relacionados con la presencia de depresión en los adolescentes, por tanto son factores de riesgo no significativos.

Al respecto Eby y Brown (2010) en Madrid, manifiestan que una predisposición genética puede interactuar con factores ambientales para crear el trastorno de la depresión. Se ha encontrado una variante genética de un transportador para el neurotransmisor serotonina que, cuando se combina con el estrés, aumenta el riesgo de la depresión.³⁹

Para Pardo, Sandoval y Umbarila (2004) en Colombia, refieren que una interacción entre la predisposición genética e historia familiar parece determinar el riesgo y nivel de una persona para suscitar un episodio de depresión y que uno de los principales factores de riesgo para la presencia de depresión es el hecho de ser mujer. Para la mujer la probabilidad de desarrollar depresión es el doble que para el hombre. Esto se explica porque las mujeres tienden a recibir y ofrecer mayor soporte emocional y material a otros, de forma que se involucran en los problemas de los demás, lo cual hace que experimenten un promedio mayor de estrés que los hombres.⁵⁰

Según Womble (2010) en España, refiere que la predisposición genética y biológica son posibles factores que contribuyen a las causas de la depresión, la depresión es más frecuente en aquellos con tendencia familiar al trastorno.²⁵

Por otro lado el Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2009) refiere que antes de la adolescencia, los trastornos depresivos son prácticamente iguales en niños que en niñas. Sin embargo, en la primera mitad de la adolescencia, estos trastornos son dos o tres veces más frecuentes en el sexo femenino. Así mismo se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor y en concreto, la psicopatología materna se considera un predictor de depresión en el niño y adolescentes. Otros factores también asociados a la depresión son el vivir problemas de salud.⁹

Igualmente el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU (2010) manifiesta que hay factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales y psicosociales que son únicos de la mujer, que pueden ser relacionados con que

las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres. Investigaciones han demostrado que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que sugiere una relación genética. Sin embargo la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión.³⁸

Para Vargas, Tovar y Valverde (2010) en Perú, en un estudio epidemiológico se encontró que los factores que mejor predijeron el episodio depresivo fueron: sexo femenino, haber tenido enamorado (a), síndrome psicótico y deseos de morir.¹⁴

Por su parte Alarcón, Mazzotti y Nicolini (2005) en EE.UU, expresan que el riesgo de padecer depresión es de 2 a 6 veces mayor en parientes de primer grado (a diferencia de aquellos que no tienen antecedentes familiares), y en aquellos con una historia familiar de trastornos afectivos y alcohólicos, enfermedades crónicas, trastorno de personalidad e historia de eventos traumático tempranos.³

El Centro Nacional de Colaboración para la Salud Mental de London (2009) refiere que la depresión en los padres se considera un factor de riesgo importante, que se asocia con depresión en su descendencia.⁵⁵

Así mismo Vivar y Mahr (2009) en Lima, refieren que los padres depresivos suelen tener poco contacto afectivo con los hijos porque no tiene energía ni ánimos para expresarle su amor. Estos padres suelen ser irritables, atienden a sus hijos por “obligación”, se sienten tan triste que no pueden disfrutar con sus hijos.³²

Para el Ministerio de Salud de Perú (2009) refiere que las personas con un historial familiar de trastornos depresivos tienden a estar en mayor riesgo de desarrollar depresión. Así mismo los casos de inestabilidad emocional de los padres especialmente de la madre, es un elemento importante en la predicción de la depresión del adolescente. Existen un mayor riesgo de padecer depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Sin embargo, no todas las

personas que tiene una historia familiar tendrán la enfermedad. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Entre la información de importancia que distingue la depresión, se incluye, haber sufrido un episodio depresivo previo o intento de suicidio; una historia familiar de alteraciones de comportamiento; abuso de alcohol u otras sustancias adictivas y la concurrencia de enfermedad crónica, dolor o discapacidad.⁴²

Por otra parte Scholten (2011) manifiesta que en años recientes, investigadores han encontrado que los cambios físicos en el cuerpo pueden estar acompañados por cambios mentales. Se sabe que el dolor crónico está asociado con la depresión. Un historial de uno o más episodios previos de depresión incrementa considerablemente el riesgo de un episodio posterior.⁵⁷

Del mismo modo Sung, Jeffrey y Kirchner (2000) en EE.UU, refieren que es posible que enfermedades médicas o las enfermedades crónicas como las enfermedades cardíacas, la diabetes o el cáncer puedan incrementar el riesgo de depresión.⁵⁸

Según Ramírez (2003) en Costa Rica, manifiesta que cualquier enfermedad especialmente las graves, puede causar depresión como reacción psicológica, pero algunas enfermedades se relaciona con mayor frecuencia; Alzheimer, Parkinson, Epilepsias, Esclerosis Múltiple, Hipotiroidismo, Trastornos de calcio, Cáncer de páncreas, Infarto al miocardio. Así mismo estudios en familiares han revelado la relación entre la depresión y la herencia. El trastorno depresivo mayor es de 1.5-3 veces más común en familiares biológicos de primer grado de personas que lo sufren, que en la población general.³⁵

Del mismo modo Rozados, R. (2013) en Argentina, refiere que la depresión podría ser una respuesta al stress ocasionado por enfermedades en pacientes predispuestos, o no, a deprimirse. Un número de reacciones emocionales referidas a patologías puede contribuir a desencadenar la depresión. Evidentemente, la depresión no solo responde a la enfermedad orgánica, sino que también la precede y la acompaña.⁶⁷

Igualmente Ribes, E (1990) en Costa Rica, refiere que la depresión puede surgir como reacción ante una enfermedad física, ante el fallecimiento de un ser querido, como consecuencia de estar sometido a un estrés continuado o sobrecargado, o de tener problemas en las relaciones con los demás.⁶⁸

Por su parte Fernández (2001) en España, manifiesta que los pacientes que sufren algún tipo de enfermedad médica tienen una incidencia de depresión superior a la del resto de población. Las cifras oscilan en diversos estudios entre el 10 y el 60%. En general, las cifras de depresión aumentan según la gravedad de la enfermedad somática concomitante y las repercusiones que produce en el individuo y su entorno. En algunos casos, la depresión puede surgir como reacción de adaptación ante la enfermedad física o sus repercusiones en la vida de quien la padece. En otros, la depresión puede ser secundaria a la enfermedad somática como tal o a los fármacos empleados para su tratamiento. Aunque en casi todos los pacientes suelen mezclarse varios factores en la génesis o mantenimiento de la depresión, conviene analizar en cada caso la importancia de cada uno de ellos, lo que facilitará un mejor abordaje terapéutico.⁶⁹

Así mismo Bragado, Bersab y Carrasco (1999). Puntualizan que antecedentes psiquiátricos familiares como el alcoholismo familiar también se ha asociado a una mayor probabilidad de depresión.⁵⁶

Los resultados obtenidos en la presente investigación se contradice con autores como Pardo, Sandoval, Umbarila, Vargas, Tovar, Valverde y otros porque estos autores señalan que el sexo femenino es un factor de riesgo de presentar depresión, mientras que en los resultados del presente estudio el sexo del adolescente no es un factor de riesgo significativo para que se presente la depresión, esto se debe a que en los resultados del estudio no existe mucha diferencia entre los adolescentes del sexo femenino y masculino que presentaron depresión. Por otro lado los resultados coinciden con el resto de teorías citadas por los autores cuando se refiere a la presencia de problemas o enfermedades físicas personales como factor de riesgo para presentar la depresión, pues la naturaleza de la enfermedad condiciona en gran medida el tipo de afrontamiento.

Por ejemplo, afrontar la existencia de un carcinoma en estado avanzado o una fractura ósea tras un accidente de tráfico es necesariamente distinto. No obstante, ante situaciones similares, los individuos pueden reaccionar de formas diversas. Las reacciones pueden ir desde la negación de la enfermedad existente hasta la búsqueda de responsables externos de su enfermedad. Los síntomas depresivos pueden aparecer con frecuencia como una reacción del individuo ante la enfermedad y sus consecuencias. Así mismo coinciden con el factor riesgo de los antecedentes psiquiátricos familiares en la cual manifiestan que personas con un historial familiar de trastornos psiquiátricos tienden a estar en mayor riesgo de desarrollar depresión. En este sentido los factores de riesgo biológicos pueden interactuar con factores ambientales para crear el trastorno de la depresión. Sin embargo no todas las personas que tiene un factor de riesgo biológico tendrán la enfermedad. La depresión también puede ocurrir en personas que no tienen factores de riesgo biológico.

Los cuadros N° 4.3,4.4, 4.5, 4.6,4.7 y 4,8 nos da conocer la incidencia de la depresión según los factores de riesgo psicológicos, donde el mayor porcentaje de los adolescentes que presentaron depresión presentó tener constantemente problemas de estrés o tensión (40,3%), pérdida de confianza en sí mismos (39,6%), pesimismo (39,6%), baja autoestima (40,9%), problema de sensibilidad a la pérdida o rechazo (39,0%) y los pensamientos negativos (40,9%), pero cabe señalar que tener dificultad para tomar decisiones (38,3%) y el retraimiento social (28,6%) en los adolescentes son también factores de riesgo psicológico que influyeron para presentar la depresión pero en menor porcentaje. Mientras que el perfeccionismo al hacer sus actividades y las alteraciones de conducta son factores de riesgo que no están relacionados con la presencia de depresión en los adolescentes, por tanto son factores de riesgo no significativos.

Según la prueba estadística planteada en la presente investigación, tener constantemente problemas de estrés o tensión, la pérdida de confianza en sí mismos, el pesimismo, la baja autoestima, problemas de sensibilidad a la pérdida o rechazo y los pensamientos negativos son factores de riesgo relacionados con

la presencia de depresión en los adolescentes, por tanto son factores de riesgo significativos. Es decir, los adolescentes con estos factores de riesgo psicológico tienen un mayor riesgo de presentar depresión.

Al respecto Scholten (2011) manifiesta que las personas con baja autoestima, quienes constantemente se ven a sí mismas y al mundo con pesimismo o que se agobian fácilmente por el estrés, podrían ser propensas a presentar depresión, también otros factores psicológicos, como el perfeccionismo y la sensibilidad a la pérdida o rechazo, podrían incrementar el riesgo de una persona para tener depresión.⁵⁷

Así mismo el Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2009) refiere que ante la ocurrencia de eventos vitales estresantes, características cognitivas asociadas a los pensamientos negativos, como sentimientos de abandono o pérdida y/o de baja autoestima, así como un estilo cognitivo rumiativo, pueden dificultar el afrontamiento y aumentar la probabilidad de sufrir depresión en comparación con aquellos individuos sin estas características.⁹

Del mismo modo Parés, Brindis, Angeles y Sanabria (2010) en México, manifiestan que la baja autoestima ha sido repetidamente señalada en la literatura como un factor de riesgo predisponente al desarrollo de la depresión en adolescentes, la cual se asocia con actitudes auto punitivo y altamente crítico.⁵⁹

Según la Organización Mundial de la Salud (1992) en Madrid, manifiesta que la afectividad negativa es la tendencia a experimentar estados emocionales negativos que se acompañan de características conductuales (como la inhibición y retraimiento social) y cognitivas (como las dificultades de concentración) que conllevan a una mayor reactividad frente a los estímulos negativos y se asocia a una mayor probabilidad de trastornos emocionales, como la depresión.⁴⁰

Para Zuluaga, Hoyos y De Galvis (2012) en Colombia, en un estudio sobre los factores de riesgo de la depresión en adolescente manifiestan que los factores psicológicos como eventos vitales estresantes, la espiritualidad, afiliaciones con pares con comportamientos pro sociales y antisociales, el perfeccionismo al

desarrollar sus actividades tienen una relación frente a los trastornos internalizantes, donde se encuentra la depresión.⁸

Por otro lado el Centro Nacional de Colaboración para la Salud Mental de London (2005) refiere que la presencia de síntomas depresivos, como anhedonia o pensamientos negativos y alteraciones de conducta incrementa de forma significativa el riesgo de presentar depresión en adolescentes.⁵⁵

Según Ramírez (2003) en Costa Rica, manifiesta que algunos autores sugieren que en las depresiones, la presencia de factores psicológicos tiene gran importancia y el problema de la depresión es producto de un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.³⁵

Por su parte Dean y Parmelee (1998) en Madrid, refieren que las ideas de auto desprecios y pesimismo frecuentes en los adolescentes deprimidos se corresponden con los síntomas de sentimientos de inutilidad o culpabilidad inapropiada y se manifiestan por sentimientos de ser inútil, estúpido, feo o culpable y por la creencia de persecución, deseo de muerte e ideas de suicidio.³³

Por otro lado Barboza, Siles y Huancahuari (2009) en Ayacucho, en un estudio de epidemiología de la depresión, temores y personalidad, identifican la relación que hay entre los rasgos de personalidad con la depresión incrementándose la tendencia y presencia de los rasgos de la depresión con la edad. Se aprecia mayor tendencia y presencia de rasgos de depresión según personalidad introvertida en comparación a la personalidad extrovertida quienes presentan menor riesgo de presentar depresión.²³

El resultado obtenido en la presente investigación con respecto a los factores de riesgo psicológico es concordante con cada uno de las investigaciones y teorías citadas por los diferentes autores mencionados, en sentido que algunos factores psicológicos ante la ocurrencia de eventos vitales estresantes, características cognitivas asociadas a los pensamiento negativos, un estilo cognitivo rumiativo, entre otras, ponen en riesgo o pueden dificultar el afrontamiento y aumentar la probabilidad de sufrir depresión en comparación con aquellos adolescentes que no

tengan estos factores de riesgo psicológico y así la presencia de estos factores de riesgo pueden incidir de manera negativa en los ámbitos emocional y cognitivo de los adolescentes, de esto parte la importancia de identificar los factores de riesgo biopsicosocial a tiempo.

Los cuadros N° 4.9, 4.10 y 4.11 nos da conocer la incidencia de la depresión según los factores de riesgo sociales, donde el mayor porcentaje de los adolescentes que presentaron depresión no presentó violencia sexual (34,4%), problemas económicos (31,8%), pérdida de algún familiar, pareja o amigo (31,8%), sin embargo realizada la prueba estadística planteada la violencia sexual, los problemas económicos y la pérdida de algún familiar, pareja o amigo son factores de riesgo significativo. Es decir, los adolescentes con estos factores de riesgo sociales tienen un mayor riesgo de presentar depresión. Así mismo la violencia psicológica (28,6%), los problemas laborales (15,6%), violencia familiar (19,5%) y el poco o nulo apoyo en los adolescentes (35,7%) según la prueba estadística, son factores de riesgo sociales en la incidencia de la depresión significativos pero en menor influencia que los otros factores señalados, mientras que la violencia física, problemas familiares y la desintegración familiar son factores de riesgo sociales no significativos.

Al respecto Scholten (2011) refiere que un cambio estresante en la vida puede desencadenar un episodio depresivo. Tales eventos estresantes pueden incluir una pérdida grave, una relación difícil, trauma, o problemas financieros. Asimismo tener pocas relaciones o que éstas no sean de apoyo y puede incrementar el riesgo de depresión tanto en hombres como en mujeres.⁵⁷

Así mismo el Ministerio de Salud de Chile (2006) manifiesta que está demostrada la relación que existe entre la ocurrencia de algunos eventos negativos de la vida cotidiana, que causan aflicción o estrés y la aparición de trastornos depresivos. Entre éstos, las pérdidas debidas a separaciones o fallecimiento son especialmente importantes y las personas que tienen escasas actividades sociales son más vulnerables a los trastornos depresivos, lo mismo pasa con las personas que no tienen pareja o viven solas.⁶⁶

Por otro lado Bragado, Bersab y Carrasco (1999) en Madrid, refieren que la depresión en adolescentes se asocia en muchas ocasiones con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social, lo que incrementa los problemas de relación social. Así mismo el contexto familiar en el que vive el adolescente parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de depresión. Los factores de riesgo más comunes en los adolescentes son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el adolescente, de igual manera son también factores de riesgo asociados con la depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo.⁵⁶

Así mismo el Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2009) refiere que otros factores también relacionados con un número mayor de síntomas depresivos son el vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja. El acoso por parte de iguales o bullying y la humillación (como el trato degradante, la burla delante de otros o el sentirse ignorado) son también factores de riesgo de depresión.⁹

Del mismo modo Rebraca (2007) en España, refiere que el factor estresante más relacionado a un episodio de depresión es la pérdida de la pareja, también cambios dramáticos en la vida personal como la reubicación, la pérdida o el cambio de trabajo y problemas económicos.³⁶

Por su parte Bernal y Escobar (2000) en Colombia, manifiestan que la naturaleza de los acontecimientos vitales presentes en la historia de vida de los adolescentes, preceden al desarrollo de la depresión y se relacionan con procesos de adaptación del adolescente a situaciones como el distanciamiento de los vínculos parentales, divorcio, separación, pérdida del trabajo, muerte de un familiar cercano o amigo, violencia sexual y el maltrato físico o psicológico.⁶⁰

Según Pardo, Sandoval y Umbarila (2004) en Colombia, manifiestan que muchos de los problemas que se creen consecuencias del divorcio están presentes antes de la separación, el divorcio, por sí mismo, causa desempeños más pobres y problemas emocionales en los adolescentes, ya que las dificultades están presentes antes del cambio de la estructura familiar. La relación del adolescente con sus padres se considera una variable de gran peso en el desarrollo de síntomas depresivos en adolescentes, ya que quienes tienen un vínculo pobre con sus padres son más vulnerables a presentar este tipo de síntomas cuando se enfrentan a eventos vitales adversos, en comparación con aquellos que tienen estilos de relación más cercanos y de mayor soporte emocional.⁵⁰

Para García y López (1997) en México, manifiestan que una desintegración familiar es el producto del quebrantamiento de la unidad familiar y la insatisfacción de las necesidades primarias que requieren sus miembros. Los integrantes de una familia se ven obligados a buscar la forma de satisfacerse, tomando a sí una posición individualista y, por ende deteriorando los lazos afectivos y físicos que los une. La carencia de estabilidad y/o afectividad puede desencadenar la aparición de la depresión, en la infancia o en la adolescencia.⁶²

Así mismo Vargas, Tovar y Valverde (2010) en Lima, refieren que en cuanto a relaciones intrafamiliares, estudios han encontrado que la depresión en adolescentes emerge y puede ser reforzada dentro del contexto de patrones de relación familiar disruptivos o perturbados, incluyendo pobre comunicación paterno-filial, rechazo y desaprobación parental y baja cohesión familiar.¹⁴

Según Vivar y Mahr (2009) en Lima consideran que en un hogar hay violencia familiar cuando un miembro de la familia ejerce una conducta abusiva contra los demás, haciendo abuso de poder, ocasionando consecuencias físicas y psicológicas sobre sus víctimas.³²

Así mismo el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideo Noguchi (2009) en Perú, en un estudio epidemiológico de salud mental en la sierra rural encuentra que la adolescencia es una etapa de vida vulnerable al abuso y el abuso psicológico es el más frecuente; uno de cada 16 adolescentes han

tenido deseos de morir en el último año y causan como motivo problemas con los familiares especialmente los padres, la pobreza y la violencia, percepción que genera predominantemente sentimientos de preocupación, pena, tristeza o depresión.¹⁶

El Ministerio de Salud Perú (2009) refiere que uno de los factores que puede dañar la salud mental de las y los adolescente es el maltrato, ya sea físico, psicológico o sexual. La violencia repercute de la misma manera en los adolescentes de ambos sexos, no obstante solamente contamos con datos nacionales de agresión física en adolescentes del sexo femenino. Dichos datos demuestran que el tipo de agresor más frecuente es el padre (25% de los casos de maltrato físico), seguido de la madre (22%) y el esposo en el caso de las adolescentes casadas (18%). La mayoría de las adolescentes son víctimas de sus propias familias, situación alarmante considerando que la familia debería ser un “factor protector”.⁴²

Según Ramírez (2009) en Perú, En un estudio sobre la sintomatología depresiva en mujeres en Perú encontró que: “Los antecedente de violencia sexual y violencia escolar estuvieron asociadas para desarrollar síntomas depresivos en la adolescencia”.²²

Del mismo modo De La Garza (2006) en México, manifiesta que lo que desencadena la depresión; es la pérdida de una relación querida, como los padres, la novia o un amigo.⁴⁹

Los resultados obtenidos en la presente investigación con respecto a los factores de riesgo sociales se contradice con autores como Bernal, Escobar, Pardo, Sandoval, Umbarilla, García, López, Vargas, Tovar y Valverde debido a que estos autores señalan que la violencia física, tener problemas familiares y la desintegración familiar son factores de riesgo sociales que puede incrementar la posibilidad de que adolescente presente depresión en comparación con los resultados del presente estudio en donde estos factores de riesgo sociales no son significativos, esto se puede deber a que a los adolescentes en estudio reportaron en menor porcentaje haber tenido violencia física, problemas familiares o

desintegración familiar como factores de riesgo sociales para que presente la depresión, con lo cual nos da a conocer que la depresión también puede ocurrir en personas que no tienen estos factores de riesgo sociales. Por otro lado los resultados del presente estudio coinciden en mayor porcentaje con el resto de los autores y teorías citadas en sentido de que los factores de riesgo sociales como la violencia psicológica, sexual, familiar, problemas laborales, económicos, el poco o nulo apoyo social y la pérdida de algún familiar, pareja o amigo en los adolescentes incrementan la posibilidad de que presente depresión y que algunos adolescentes están en mayor riesgo de presentarlas que otros, la importancia radica en la identificación de los factores de riesgo en aquellos adolescentes que están expuestos a desarrollarla y prevenir a que se presente la depresión a través de la sociedad y el sistema de salud propiciando el desarrollo de factores protectores que apoyen el crecimiento y la maduración sana del adolescente .

En el cuadro N° 5 se puede observar sobre la incidencia de la depresión según el número total de factores de riesgo biológico, psicológico y social en los adolescentes, donde el mayor porcentaje de los adolescentes con depresión presentó trece factores de riesgo biológico, psicológico y social (5,8%).

De acuerdo a la prueba estadística planteada el número de factores de riesgo se correlaciona directamente con la presencia de depresión a un nivel altamente significativo y en grado medio ($r = 0,719$; $p < 0,001$). Es decir, cuanto más expuestos están los adolescentes a un mayor número de factores de riesgo incrementa la probabilidad de presentar depresión. Es más, todos los adolescentes con dieciséis a veinte factores de riesgo acumulados presentan depresión.

Al respecto Fernández, Alonso, y Montero (1997) en España, manifiestan que un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto

aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción, produciéndose la enfermedad”.⁵³

Así mismo Zuluaga, Hoyos y De Galvis (2012) en Colombia, manifiestan que una mirada multifactorial de esta problemática implica que la depresión en adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, factores biológicos (herencia, alteraciones estructurales y funcionales en el sistema nervioso central), psicológicos (personalidad, factores relacionado con el desarrollo, autoestima, etc.) y sociales (contexto social, económico, ideológico, roles, violencia familiar, etc.); que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo y producir la depresión.⁸

Igualmente el Ministerio de Sanidad y Política Social de España refiere que la depresión en adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que interactúan entre sí. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenir la depresión.⁹

Por su parte Vizcarra, Pimentel, Maldonado y Otros (2009) en un estudio en México sobre la Frecuencia y factores de riesgo de depresión en adolescentes, encontraron que el promedio de factores de riesgo fue de 7.34 ± 2.95 y al sumar 10 factores de riesgo incrementa 4 veces más la posibilidad de tener depresión IC 95%.¹⁸

Los resultados obtenidos en la presente investigación concuerdan con las investigaciones y teorías citadas por los diferentes autores ya mencionados párrafos arriba, esto se debe porque los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales sumándose unos a otros aumentaron la probabilidad de que aparezca la depresión y se comprometa la salud y la calidad de vida del adolescente. Siendo así improbable que un único factor de riesgo pueda explicar el desarrollo de la enfermedad o que su control sea suficiente para prevenir la depresión.

CONCLUSIONES

1. Los resultados de la investigación determinaron que, en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho COSMA, la incidencia de depresión en los adolescentes atendidos durante el 2013 es de 40,9 % (63) de una población de 154 adolescentes (100%).
2. Del total de adolescentes que presentaron depresión (63), el 46,0% presentó un episodio depresivo moderado; mientras que, 44,4% leve y el 4,8% presentó un nivel de episodio depresivo grave.
3. El distrito de procedencia de los adolescentes no está relacionado con la presencia de depresión porque según la prueba estadística no es significativo.
4. Los problemas o enfermedades físicas personales, el pesimismo, la baja autoestima, la violencia sexual y los problemas económicos son factores de riesgo biológico, psicológico y social de mayor significancia, que están relacionados con la incidencia de la depresión. Es decir, los adolescentes con estos factores de riesgo tienen un mayor riesgo de presentar depresión.
5. El número de factores de riesgo biológico, psicológico y social se correlaciona directamente con la incidencia de depresión a un nivel altamente significativo y en grado medio ($r = 0,719$; $p < 0,001$). Es decir, cuanto más expuestos están los adolescentes a un mayor número de factores de riesgo biológico, psicológico y social, incrementa más la probabilidad de presentar depresión.

RECOMENDACIONES

1. A la Dirección Regional de Salud, para que implemente proyectos sociales que promuevan la salud mental del adolescente, para la identificación oportuna de los factores de riesgo y así prevenir la depresión, y otras consecuencias fatales como el suicidio.
2. Al Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, fortalecer la atención de los adolescentes con depresión; así mismo mejorar el sistema de registro de usuarios con las edades y los diagnósticos respectivos, también la implementación de guías de atención de adolescentes con depresión. Y a los profesionales de psicología de la institución mejorar el llenado de su ficha de entrevista psicológica el cual facilitará a todos los profesionales de salud que laboran en la institución a una información más completa y actualizada con el propósito de mejorar su calidad de atención y calidad de vida de los adolescentes que acuden a la institución para recuperar su salud mental.
3. A los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes, promover la salud mental, mediante intervenciones de orientaciones, consejería familiar y seguimientos domiciliarios. De igual modo, se sugiere el acceso a programas de educación continua en salud mental a través de especialidades y maestrías.
4. A los estudiantes de Post Grado de la Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, realizar nuevas investigaciones que permitan proponer, validar nuevos enfoques en la atención de la salud mental, que permita disminuir la frecuencia de los trastornos mentales e incrementar la calidad de vida de las personas.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Gonzáles, S., De La Cruz, D. & Martínez, V. (2007). La medición de la depresión en adolescentes: una propuesta psicométrica, *Revista Científica Psicología y Salud*, 2, 199-205.
2. Organización Mundial de la Salud. (2012). Depresión: Una Crisis Global en Programa de Acción Mundial en Salud Mental. Washington.
3. Alarcón, R., Mazzotti, G. & Nicolini, H. (2005). *Psiquiatría*. Washington: Manual Moderno.
4. Weissman, M., Wolk, S., Goldstein, R., Moreau, D., Adams, P. & Greenwald, S. (1999). Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 12, 1707-1713.
5. Harrington, R. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. *Psychiatric status. Arch Gen Psychiatry*, 5, 465-473.
6. Marcelli, D. (1992). *Adolescencia y depresión: un abordaje multifocal*. Barcelona: Masson.
7. Fernández F.A. (1988) *La depresión y su diagnóstico: nuevo modelo clínico*. Barcelona: Labor.
8. Zuluaga, E., Hoyos, M. & De Galvis, Y. (2012). Factores de riesgo y de protección de la depresión en los adolescentes de la Ciudad de Medellín, *Revista Internacional de Investigación Psicológica*, 1, 109-121.
9. España, Ministerio de Ciencia e Innovación, Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Guía de Práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia. Madrid: Autores.
10. Galicia, I., Sánchez, A. & Robles, F. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar, *Revista Anales de Psicología*, 2, 227-240.
11. Chile, Ministerio de Salud. (2006). Guía clínica para la atención primaria. la depresión. Santiago: MINSAL.

12. Velásquez, A. (2006). *Análisis del Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú, MINSA-2004 y Propuesta Metodológica para el Ajuste con Datos Nacionales de Morbilidad*. Lima: Abt Associates Inc.
13. Velásquez, A. (2009). La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 2, 222-231.
14. Vargas, H., Tovar, H. & Valverde, J. (2010). Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima metropolitana y Callao, *Revista Peruana de Epidemiologia*, 2, 1-8.
15. Instituto Nacional de Salud Mental. Honorio Delgado Hideo Noguchi (2004). Estudio epidemiológico de salud mental en la sierra peruana 2003. Lima: Autores.
16. Instituto Nacional de Salud Mental. Honorio Delgado Hideo Noguchi. (2009). Estudio epidemiológico de salud mental en la sierra peruana 2008. Lima: Autores.
17. Hospital Regional Ayacucho. (2007). Análisis de la situación de salud del Hospital Regional Ayacucho 2006. Ayacucho: Autores.
18. Vizcarra, M., Nieto, D., Maldonado, B., Vizcarra, T. & Vargas, S. (2009). Frecuencia y factores de riesgo para depresión en adolescentes, *Revista Mexicana de pediatría*, 2, 57-61.
19. Leyva, R., Hernández, A., Nava, G. & López, V. (2006). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 3, 225-232.
20. Palazzo, S., Béria, U., Fernández, A. & Tomasi, E. (2001). Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva, *Elsevier*, 8, 543-548.
21. Vargas, H., Tovar, H. & Valverde, J. (2010). Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la Sierra Peruana 2003, *Revista de Neuropsiquiatría*, 3, 84-94.

22. Ramírez, F. (2009). Sintomatología depresiva en mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados, *Revista Peruana de Epidemiología*, 1, 1-7.
23. Barboza, E., Siles, F. & Huancahuari, A. (2009). Epidemiología de la depresión, temores y personalidad de escolares. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, Facultad de Enfermería.
24. Vidal, G. & Alarcón, R. (1986). *Psiquiatría*. Buenos Aires: Medica Panamericana S.A.
25. Womble, D. (2010). *Introducción a la enfermería en salud mental*. Barcelona: Elsevier España S.A.
26. Golder, M., Mayou, R. & Geddes, J. (1999). *Oxford psiquiatría*. España: Marban.
27. López, I. (1984). *Manejo psiquiátrico en la práctica médica*. Lima: Marte.
28. Perú, Ministerio de Salud, Dirección de Salud de las Personas & Dirección de Salud Mental. (2008). Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría. Lima: Autores.
29. Beers, M. & Berkow, R. (Ed.). (1999). El Manual Merck (10ª ed.). Madrid: Harcourt.
30. Ey, H., Bernard, P. & Brisset, CH. (1996). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Masson.
31. Asociación Psiquiátrica de América Latina. (2008). Tratamiento de las Personas con Depresión. Distrito Federal: Autores.
32. Vivar, R. & Mahr, B. (2009). *Los problemas emocionales de los niños y adolescentes*. Lima: Cimagraf S.R.L.
33. Dean, X. & Parmelee, MD. (1998). *Psiquiatría del niño y el adolescente*. Madrid: Harcourt Brace.
34. Galli, E. (1994). La depresión: Una enfermedad médica, *Revista Médica Herediana*, 2, 01-07.
35. Ramírez, V. (2003) Depresión Fisiopatología y Tratamiento. Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Facultad de Farmacia.

36. Rebraca, L. (2007). *Enfermería psiquiátrica y de salud mental*. España: Mc Graw Hill.
37. Cano, A., Salguero, J., Mae, C., Dongil, E. & Latorre, J. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento, *Papeles del Psicólogo*, 1,2-11.
38. Instituto Nacional de Salud Mental. (2010). Depresión. En Departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos. EEUU: Autores.
39. Eby, L. & Brown, N. (2010). *Cuidado de enfermería en salud mental*. Madrid: Pearson.
40. Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE 10. Madrid: Editor.
41. Asociación Americana de Psiquiatría. (2003). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
42. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de las Persona & Dirección de Atención Integral de Salud. (2009). Análisis de la situación de salud del adolescente. Lima: Autores.
43. Organización Panamericana de la Salud. (2006). Descubriendo las Voces de las Adolescentes. Unidad de Salud del Niño y del Adolescente. Washington: Autores.
44. Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. (2012). Adolescencia. Perú: Autores.
45. Rosas, M. (1996). *Psicología*. Lima: Brasa.
46. Instituto Nacional de Salud Mental. Honorio Delgado-Hideo Noguchi. (1998). Manual de salud mental: Promoción y prevención en niños y adolescentes víctimas de la violencia. Lima: Autores.
47. Perú, Ministerio de Salud & Dirección General de las Persona. (2005). Lineamientos de políticas de salud de los adolescentes. Lima: Autores.
48. Kaplan, H. & Sadock, B. (2003). *Sinopsis de depresión: ciencias de la conducta psiquiátrica*. Madrid: Medica panamericana.

49. De La Garza, M. (2006). *Depresión, Angustia y Bipolaridad. Guía para Pacientes y Familiares*. Distrito Federal de México: Trillas.
50. Pardo, G., Sandoval, A. & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión, *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 13-28.
51. Rueda, C. (1992). Diccionario de ciencias médicas (9^{na} ed., Vol. 1). Buenos aires: Ateneo.
52. Organización Mundial de la Salud. (2013). Temas de salud. Washington: Autores.
53. Fernández, P., Alonso, V. & Montero, C. (1997). Determinación de factores de riesgo, *Atención Primaria en Red*, 4, 75-78.
54. Moreno, J. (2012). *Psiquiatría integral*. Monterrey: APNE.
55. Centro Nacional de Colaboración para la Salud Mental. (2005). La depresión en niños y jóvenes. London: Autores.
56. Bragado, C., Bersab, R. & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes, *Psicothema*, 4, 939-956.
57. Scholten, A. (2011). Depresión, *Beliefnet*, 1, 1-10. Extraído el 28 Julio, 2013 de <http://www.beliefnet.com/healthandhealing/getcontent.aspx?cid=122936>.
58. Sung, E., Jeffrey, T. & Kirchner, D. (2000). Depresión en niños y adolescentes, *American Family Physician*, 62, 2297-2308.
59. Parés, A., Brindis, D., Angeles, L. & Sanabria, X. (2010). Factores psicosociales de riesgo de depresión mayor en la adolescencia, *Mexico Quarterly Revie*, 4, 1-19.
60. Bernal, H., & Escobar, L. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 3, 251-259.
61. Gómez, C., & Rodríguez, N. (1997). Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1, 23-35.

62. García, M. & López, A. (1997). Como afecta a los hijos la desintegración familiar. Tesis para optar el Título de Trabajo Social, Facultad de Trabajo Social, Universidad de Veracruz, Minatitlán, México.
63. Congreso de la República del Perú. (1997). Ley 26260. Ley de protección frente a la violencia familiar. 25 de Febrero.
64. Li, M., Friedman, B., Conwell, & Fiscella, K. (2007). Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people. *Journal of the American Society*, 55, 1.
65. El Diccionario de la Lengua Española. (2001), 22^{ava} edición. Madrid:© Real Academia Española.
66. Chile, Ministerio de Salud. (2006). Guía clínica de tratamiento de personas con depresión. Santiago: Minsal.
67. Rozados, R. (2013). Depresión y enfermedad orgánica, *Psicomag*. Extraído el 28 Junio, 2014 de <http://www.depresion.psicomag.com>.
68. Ribes, E (1990). Depresión, *Geosalud*, Extraído el 30 Junio, 2014 de http://geosalud.com/Salud_Mental/depresion2.htm.
69. Fernández, C. (2001). Depresión y enfermedad médica. *Habilidades en Salud Mental*, 38, 823-826.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA



ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

“INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCION EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013”

FICHA DE DATOS

I. DATOS GENERALES:

Nº De Historia Clínica: _____ Edad: _____ años

Sexo F () M ()

Grado de Instrucción: Analfabeta () Inicial () Primaria ()
Secundaria () Superior ()

Estado Civil: Soltera () Casada () Conviviente ()
Divorciada () Viuda ()

Ocupación: _____ Servicio: Psiquiatría () Psicología ()

Distrito: Ayacucho () San Juan Bautista () Carmen Alto () Jesús Nazarena ()

II. DATOS SOBRE EL TRASTORNO MENTAL

1. ¿Tiene un diagnostico psiquiátrico y/o psicológico de depresión?

- a. Si
- b. No

¿Qué signos y síntomas presento?

- a. Humor depresivo
- b. Perdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.
- c. Diminución de su vitalidad.
- d. Disminución de la atención y concentración.
- e. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- f. Las ideas de culpa y de ser inútil
- g. Una perspectiva sombría del futuro
- h. Los pensamientos o actos suicidas o de autoagresión
- i. Los trastornos del sueño
- j. La pérdida de apetito

2. ¿Qué nivel de depresión tiene?

- a. Episodio depresivo leve
- b. Episodio depresivo moderado
- c. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- d. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

A. EPISODIO DEPRESIVO LEVE ▪ Al menos 2 de los tres primeros síntomas (1, 2, 3 y 4) tiene que estar presente. Así como al menos 2 del resto de los síntomas, enumerados del 5 al 14 tiene que estar presente. ▪ Ninguno de los síntomas debe de estar presente en grado intenso. ▪ Tiene dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque no es probable que deje por completo.		
Listado de Síntomas	Si	No
1. Animo depresivo		
2. Perdida de interés		
3. Perdida de la capacidad de disfrutar		
4. Aumento de la fatigabilidad		
5. Humor depresivo.		
6. Perdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.		
7. Diminución de su vitalidad.		
8. Disminución de la atención y concentración.		
9. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad		
10. Las ideas de culpa y de ser inútil		
11. Una perspectiva sombría del futuro		
12. Los pensamientos o actos suicidas o de autoagresión		
13. Los trastornos del sueño		
14. La pérdida de apetito		
TOTAL		

B. EPISODIO DEPRESIVO MODERADO ▪ Debe de estar presente al menos 2 de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve. Además de al menos 3 o 4 del resto de los síntomas enumerados. ▪ Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso. ▪ Tiene grandes dificultad para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.		
Listado de Síntomas	Si	No
1. Animo depresivo		
2. Perdida de interés		
3. Perdida de la capacidad de disfrutar		
4. Aumento de la fatigabilidad		
5. Humor depresivo.		
6. Perdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.		
7. Diminución de su vitalidad.		
8. Disminución de la atención y concentración.		
9. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad		
10. Las ideas de culpa y de ser inútil		
11. Una perspectiva sombría del futuro		
12. Los pensamientos o actos suicidas o de autoagresión		
13. Los trastornos del sueño		
14. La pérdida de apetito		
TOTAL		

C. EPISODIO DEPRESIVO GRAVE (Sin Síntomas Psicótico)

- Debe de estar presente 3 de los síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado. Además de al menos 4 del resto de los síntomas enumerados con intensidad grave.
- No es probable que el paciente sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica.

Listado de Síntomas	Si	No
1. Animo depresivo		
2. Perdida de interés		
3. Perdida de la capacidad de disfrutar		
4. Aumento de la fatigabilidad		
5. Humor depresivo.		
6. Perdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.		
7. Diminución de su vitalidad.		
8. Disminución de la atención y concentración.		
9. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad		
10. Las ideas de culpa y de ser inútil		
11. Una perspectiva sombría del futuro		
12. Los pensamientos o actos suicidas o de autoagresión		
13. Los trastornos del sueño		
14. La pérdida de apetito		
TOTAL		

D. EPISODIO DEPRESIVO GRAVE (Con Síntomas Psicótico)

- Debe de estar presente 3 de los síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado. Además de al menos 4 del resto de los síntomas y pueden estar presentes los dos últimos síntomas (15 y 16) con intensidad grave

Listado de Síntomas	Si	No
1. Animo depresivo		
2. Perdida de interés		
3. Perdida de la capacidad de disfrutar		
4. Aumento de la fatigabilidad		
5. Humor depresivo.		
6. Perdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.		
7. Diminución de su vitalidad.		
8. Disminución de la atención y concentración.		
9. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad		
10. Las ideas de culpa y de ser inútil		
11. Una perspectiva sombría del futuro		
12. Los pensamientos o actos suicidas o de autoagresión		
13. Los trastornos del sueño		
14. La pérdida de apetito		
15. Ideas delirante,		
16. Alucinaciones o estupor depresivo		
TOTAL		

FUENTE: Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE 10. Madrid.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA
ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

“INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCION EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013”

LISTA DE CHEQUEO DE FACTORES DE RIESGO

I. DATOS GENERALES:

Nº H. CL:	Servicio: Ps.() Psq.()	Edad:	años	Sexo : F () M ()
Grado de Instrucción: Analfabeta () Inicial () Primaria () Secundaria () Superior ()				
Estado Civil: Soltera(o) () Casada(o) () Conviviente () Divorciada(o) () Viuda(o) ()				
Distrito: Ayacucho () San Juan Bautista () Carmen Alto () Jesús Nazarena ()				
Ocupación: Con quien vive:				

II. FACTORES DE RIESGO BIOLOGICOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Presento:			
1. Antecedentes psiquiátricos familiares.			
2. Problemas o enfermedad física personales.			
3. Antecedentes psiquiátricos o psicológicos personales			
4. Problemas neurológicos personales.			
III. FACTORES DE RIESGO PSICOLOGICOS			
Presento:			
5. Dificultad para tomar decisiones.			
6. Constantemente problemas de estrés o tensión.			
7. Perdida la confianza en sí mismo			
8. Pesimismo			
9. Retraimiento social			
10. Perfeccionismo al hacer sus actividades.			
11.Baja autoestima			
12.Problema sensibilidad a la pérdida o rechazo			
13. Alteraciones de conducta			
14.Pensamientos negativos			
IV. FACTORES DE RIESGO SOCIALES			
Presento:			
15.Violencia física.			
16.Violencia psicológica			
17.Violencia sexual			
18.Problemas laborales			
19.Problemas económicos			
20.Problemas familiares			
21.Violencia familiar			
22.Poco o Nulo Apoyo Social.			
23.Desintegración familiar.			
24.Perdida de algún familiar ,pareja o amigo			

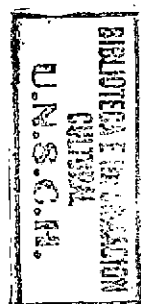
FUENTE: Instrumento adaptado de la Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE 10. Madrid.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	HIPOTESIS	METODOLOGIA
“INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ATENCION EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2013”	¿Cuál es la incidencia de la depresión y los factores de riesgo en adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2013?	General: Determinar la incidencia de la depresión y los factores de riesgo en adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2013. Específicos: • Cuantificar la incidencia de la depresión en adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2013. • Determinar los niveles de episodio depresivo en adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2013. • Determinar la incidencia de la depresión según el distrito de procedencia de los adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2013. • Identificar los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la incidencia de depresión en adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2013. • Correlacionar el número de factores de riesgo biológico, psicológico y social con la incidencia de depresión en los adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2013.	Independiente. Factores de riesgo de la depresión. Dependiente. Depresión en adolescentes	H₁: La incidencia de depresión es mayor en adolescentes que presentaron mayor número de factores de riesgo biológico, psicológico y social.	Enfoque: Cuantitativo Tipo investigación: Aplicativo. Tipo de diseño: Retrospectivo, descriptivo, correlacional. Área de estudio: El Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho COSMA. Población: Está constituida por 154 (100%) adolescentes de 10 a 19 años de edad que recibieron atención por primera vez en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho COSMA en el periodo 2013. Técnica de recolección de datos: La técnica de recolección de datos fue la utilización de la información disponible a través del análisis documental (historias clínicas). Instrumento de recolección de datos: El instrumento la ficha de recolección de datos y la lista de cotejo impreso. Recolección de datos: Se obtuvo el consentimiento de la Dirección del Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho COSMA. Posteriormente se llevó a cabo la recolección de datos en el servicio de Admisión, mediante una ficha de recolección de datos y la lista de cotejo con los cuales realizare el baseado de la información de cada una de la historia clínica de adolescentes atendidos en el 2013 la cual fue en forma personal y anónima para su procesamiento. Procesamientos y análisis de datos. Los datos fueron procesados de manera informática empleando el paquete estadístico SPSS. Los datos son presentados en cuadros simples y compuestos de acuerdo a los objetivos propuestos. En el análisis estadístico de los datos se emplearon: la prueba Chi cuadrado con corrección de continuidad, Odds Ratio (oportunidad de riesgo) y el Coeficiente de Correlación “r” de Pearson.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE IDENTIFICADA	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	VALOR FINAL
Depresión en adolescentes	Es un trastorno mental del estado de ánimo que se presenta en la adolescencia y se caracteriza por tristeza, desánimo, baja autoestima persistentes y falta de interés en actividades usuales	Determinación de la cantidad de adolescentes entre las edades de 10 a 19 años con diagnóstico de depresión mediante la recopilación de datos extraídos de las historias clínicas por medio de una ficha de recolección de datos.	Cantidad de reportes de diagnóstico de depresión en la historia clínicas.	✓ Humor depresivo ✓ Perdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas. ✓ Diminución de su vitalidad. ✓ Disminución de la atención y concentración. ✓ La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad. ✓ Las ideas de culpa y de ser inútil ✓ Una perspectiva sombría del futuro ✓ Los pensamientos o actos suicidas o de autoagresión ✓ Los trastornos del sueño ✓ La pérdida de apetito	Depresión : a. Si b. No Episodio depresivo leve a. Si b. No Episodio depresivo moderado a. Si b. No Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. a. Si b. No Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. a. Si b. No



VARIABLE IDENTIFICADA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	VALOR FINAL
Factores de Riesgo	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Determinación de los factores de riesgo de depresión en adolescentes de 10 a 19 años de edad mediante la recopilación de datos extraídos de las historias clínicas por medio de lista de chequeo.	Biológico Sexo	Pregunta	Masculino Femenino
			Antecedentes psiquiátricos familiares.	Pregunta	Sí No
			Problemas o enfermedad física personales.	Pregunta	Sí No
			Antecedentes psiquiátricos o psicológico personales.	Pregunta	Sí No
			Problemas neurológicos personales.	Pregunta	Sí No
			Psicológico Dificultad para tomar decisiones.	Preguntas.	Sí No
			Estrés o tensión		
			Perdida la confianza en sí mismo		
			Pesimismo		
			Retraimiento social		
			El Perfeccionismo		
			Baja Auto-Estima		
			Problema sensibilidad a la pérdida o rechazo		
			Alteraciones de conducta		
			Pensamientos negativos		
			Social Violencia física.	Preguntas.	Sí No
			Violencia psicológica		
			Violencia sexual		
			Problemas laborales		
			Problemas económicos		
			Problemas familiares		