

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

MEDICINA Y CIRUGÍA

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO
ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN
MEDICINA Y CIRUGÍA**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SUS
FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE
13 A 18 AÑOS DEL COLEGIO MÉXICO,
DURANTE MARZO- ABRIL 2017, SAN JOSÉ,
COSTA RICA.**

Sustentante:

Carolina María Mora Lizano

Tutor:

Dra. Maureen Fallas Ríos

Febrero, 2017

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	II
ÍNDICE DE TABLAS	IV
ÍNDICE DE GRÁFICOS	V
AGRADECIMIENTO	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	VIII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1.1 Antecedentes del problema	10
1.1.2 Delimitación del problema.....	11
1.1.3 Justificación del problema	11
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.3.1 Objetivo general.....	12
1.3.2 Objetivos específicos	13
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	13
1.4.1 Alcances de la investigación	13
1.4.2 Limitaciones de la investigación.....	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	14
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO	15
Antecedentes históricos de la depresión	15
A. Definición de la enfermedad	19
B. Curso de la enfermedad.....	21
C. Epidemiología	23
D. Etiología.....	25
E. Clasificación diagnóstica.....	33
F. Factores asociados	38
G. Clínica	42
H. Diagnóstico	45

J. Diagnóstico diferencial.....	50
I. Tratamiento.....	52
J. Pronóstico.....	55
K. Adolescencia: Características.....	55
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	58
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	59
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	59
3.3 UNIDAD DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	60
3.3.1 Población.....	60
3.3.2 Muestra.....	60
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	61
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	61
3.4.1 Validez del cuestionario.....	61
3.4.2 Confiabilidad del cuestionario.....	62
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	63
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	64
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	67
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	93
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	101
6.1 CONCLUSIONES.....	102
6.2 RECOMENDACIONES.....	104
BIBLIOGRAFÍA.....	105
GLOSARIO Y ABREVIATURAS.....	112
ABREVIATURAS.....	113
ANEXOS.....	114
DECLARACIÓN JURADA.....	122
CARTAS DE APROBACIÓN.....	123

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Trastornos de los neurotransmisores	29
Tabla N° 2 Principales síntomas en depresión infanto- juvenil	43
Tabla N° 3 Criterios para el episodio depresivo mayor (DSM- IV)	45
Tabla N° 4 Criterios para el trastorno de depresión mayor (DSM- V)	47
Tabla N° 5 Diagnóstico diferencial de la depresión mayor en niños y adolescentes.....	50
Tabla N° 6 Características farmacológicas de los antidepresivos tricíclicos.	54
Tabla N° 7 Características farmacológicas de los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.....	54
Tabla N° 8 Clasificación según grado de depresión en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017	78

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Clasificación según edad en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017.....	68
Gráfico N° 2 Clasificación según sexo en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017.....	69
Gráfico N° 3 Clasificación según grado que cursan en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017.....	70
Gráfico N° 4 Clasificación según tipo de familia en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017.....	71
Gráfico N° 5 Clasificación según consumo de tabaco en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017.....	72
Gráfico N° 6 Clasificación según consumo de licor en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017.....	73
Gráfico N° 7 Clasificación según consumo de drogas en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017.....	74
Gráfico N° 8 Clasificación según percepción de violencia intrafamiliar en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017.....	75
Gráfico N° 9 Clasificación según sintomatología depresiva en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017.....	76
Gráfico N° 10 Clasificación según grado de depresión en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017.....	77
Gráfico N° 11 Estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación de edad y síntomas depresivos.....	79
Gráfico N° 12 Estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación sexo y síntomas depresivos.....	81
Gráfico N° 13 Estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación de año que cursa y síntomas depresivos.....	82
Gráfico N° 14 Estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación del tipo de familia y síntomas depresivos.....	84
Gráfico N° 15 Estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación del consumo de tabaco y síntomas depresivos.....	85
Gráfico N° 16 Estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación del consumo de licor y síntomas depresivos.....	87
Gráfico N° 17 Estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación del consumo de drogas y síntomas depresivos.....	88
Gráfico N° 18 Estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación de la percepción de violencia intrafamiliar y síntomas depresivos.....	89
Gráfico N° 19 Estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación del sexo y el grado de depresión.....	91

DEDICATORIA

Le dedico mi trabajo a Dios, sin Él no hubiese llegado a este lugar.

A mis papas, hermanos y abuelos que hicieron hasta lo imposible por verme cumplir mi sueño.

A todas esas personas desde profesores, doctores, pacientes, compañeros y amigos que me acompañaron hasta el final, por lo que me enseñaron y corrigieron, por las palabras de apoyo y su ayuda.

AGRADECIMIENTO

Primero que nada le agradezco a Dios y a la Virgen de los Ángeles, a quienes agradezco por mi carrera desde el primer día, sin ellos no hubiese llegado hasta donde llegue hoy. Después a mi mamá y papá que desde el día que nací han estado para mí sin importar nada, me enseñaron a seguir mis sueños y no dejar de intentarlo, por todo su apoyo, consejos, comprensión y lo más importante por su amor, gracias por todo lo que soy.

A mis hermanos, porque mi mayor orgullo siempre ser su ejemplo, los amo a los cinco. A mis abuelos, que aunque unos ya no están, mi título será para ustedes y estaré eternamente agradecida por ayudarme a concluir mi carrera, en especial a mi abuelo Gerardo y mi abuela Olga por darme todo que tenían para ser quien soy y estar donde estoy. A mi pareja por ser mi apoyo en la parte más difícil de este camino, por siempre estar ahí, a mi lado; gracias. A mis amigos y compañeros le agradezco por hacer de estos años más llevaderos. A los profesores por dedicar su tiempo a enseñar y a guiar mi camino. En fin, a todas las personas que estuvieron ahí, cerca, para ayudarme o para un consejo. Gracias a todos.

RESUMEN

Introducción. En la adolescencia, la depresión y sus factores asociados aparte de ser un tema de gran importancia, es un problema de salud pública, la adolescencia por si sola es complicada, por lo cual es importante poder diferenciar entre los síntomas o signos esperados para esta etapa y los síntomas de depresión, para así evitar el peor desenlace como lo es el suicidio. **Objetivo General.** Determinar la prevalencia de depresión y sus factores de riesgo en adolescentes de 13 a 18 años del Colegio México, durante marzo- abril 2017, San José, Costa Rica. **Métodos.** Se estimó la prevalencia de depresión en los adolescentes y posteriormente se relacionó con los factores de riesgo (tipo de familia, tabaco, licor y drogas, violencia intrafamiliar), mediante la aplicación del inventario de depresión de Beck. Se calcularon los Odds Ratio para la relación de variables. **Resultados.** En la población estudiada la edad con mayor porcentaje de depresión fue la de 16 años, el sexo femenino presento más síntomas depresivos y el octavo año presento mayor sintomatología. El 35% de los adolescentes presento síntomas de depresión, de estos el 11,5% grado leve, el 12,83% moderado y 11,06% severo. El consumo de tabaco, licor, drogas y violencia intrafamiliar se relaciona con la depresión. La presencia de depresión se presentó más en el tipo de familia que no es ni tradicional ni monoparental. Al relacionar el sexo femenino con el grado de depresión se observa mayor prevalencia en el grado moderado. **Conclusiones.** El sexo con mayor prevalencia de depresión es el femenino. El 35% de los estudiantes presentaron síntomas depresivos y el mayor grado de depresión fue el moderado. El consumo de tabaco, licor, drogas y violencia intrafamiliar si se relaciona con la presencia de depresión. **Palabras clave.** Depresión, adolescentes, factores de riesgo, Costa Rica.

ABSTRACT

Introduction. In adolescence, depression and its associated factors aside from being a major issue is a public health problem, adolescence alone is complicated, so it is important to be able to differentiate between the symptoms or signs expected for this stage and The symptoms of depression, in order to avoid the worst outcome such as suicide. **General objective.** To determine the prevalence of depression and its risk factors in adolescents aged 13 to 18 years of School Mexico, during March-April 2017, San José, Costa Rica. **Methods.** The prevalence of depression in adolescents was estimated and later related to risk factors (family type, tobacco, liquor and drugs, intrafamily violence), through the application of the Beck depression inventory. Odds Ratio were calculated for the relationship of variables. **Results.** In the study population, the age with the highest percentage of depression was 16 years, the female sex presented more depressive symptoms and the eighth year had greater symptomatology. 35% of the adolescents presented symptoms of depression, of these 11.5% mild degree, 12.83% moderate and 11.06% severe. The consumption of tobacco, liquor, drugs and domestic violence is related to depression. The presence of depression was more present in the type of family that is neither traditional nor single-parent. When the female sex was related to the degree of depression, a higher prevalence was observed in the moderate degree. **Conclusions.** The sex with the highest prevalence of depression is the female. Thirty-five percent of the students had depressive symptoms and the highest degree of depression was moderate. Consumption of tobacco, liquor, drugs and domestic violence if it is related to the presence of depression. **Keywords.** Depression, adolescents, risk factors, Costa Rica.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes del problema

La depresión en el mundo es un problema frecuente que podría tener muchas causas, desde lo familiar, laboral y hasta económico, que en el peor de los casos puede conducir al suicidio. La población a estudiar, los adolescentes, merecen atención particular debido a que es una etapa en la vida donde aparecen los cambios y dudas, las cuales marcan su desarrollo y futuro.

Los factores personales y familiares son la base para desarrollar el tema de depresión principalmente en adolescentes y valorar las conductas de riesgo adolescentes ya que son objeto de preocupación creciente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁾ se calcula que en 2015 murieron 1,3 millones de adolescentes, en su mayoría por causas prevenibles o tratables, además indica que la depresión es la principal causa de morbilidad y discapacidad entre los adolescentes como problema de salud mental.

En Chile, según la Encuesta Nacional de Salud (2011)⁽²⁾, el 25.7% de las mujeres mayores de 15 años y el 8.5% de los hombres, presentaron sintomatología depresiva, la prevalencia del trastorno depresivo mayor varía desde 3.3% a 12.4%.

En México se demostró que el inicio de los trastornos psiquiátricos se da en edades tempranas y que 2.0% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad.⁽³⁾

Las mayores tasas de depresión en la edad adulta están asociadas con la depresión en la infancia y la adolescencia, en la Encuesta Nacional de Salud España 2006, se encontró que entre un 10 y un 20% de los niños y adolescentes españoles presentaba un trastorno mental.⁽⁴⁾

En este país una encuesta realizada en el 2009 por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) el 9% de las mujeres adolescentes participantes han mostrado depresión moderada y el 9 % depresión severa; estos datos son menores en los hombres, con el 5% y el 4 % respectivamente, además, el 21.1% de las adolescentes reportaron experimentar sensación de tristeza, lo que también afirma, pero en menor grado, el 12.5% de los varones. ⁽⁵⁾

1.1.2 Delimitación del problema

El problema incluye el estudio de prevalencia de depresión y sus factores de riesgo en adolescentes de ambos sexos entre las edades 13 a 18 años que cursan la secundaria del Colegio México, durante el período de marzo- abril 2017, San José, Costa Rica, para un total de 226 participantes.

1.1.3 Justificación del problema

Este tema es necesario de estudiar debido a que la población adolescente es una de las bases para el futuro como personas, si se logran identificar los factores asociados a la prevalencia de depresión en esta etapa de la vida se podrían evitar múltiples conductas que no benefician a la sociedad, como por ejemplo violencia y adicciones a drogas para el futuro.

En la actualidad los adolescentes se encuentran en muchos ambientes de peligro, con estudios como estos se pretende informar, educar a los padres y a la población para que con temas tan sensibles como los trastornos psicológicos o psiquiátricos no sean tomado como tabú o que no sea subestimado y se le da la importancia que merece.

Además, ayudaría al resto de la población a reconocer ciertas actitudes, o conductas que puedan afectar la integridad de ellos o los demás y lograr así un cambio en la percepción y en la respuesta de forma temprana.

Se requieren estudios que se puedan comparar con estadísticas internacionales para valorar la posición del país en este tema.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de depresión y sus factores de riesgo en adolescentes de 13 a 18 años del Colegio México, durante marzo- abril 2017, San José, Costa Rica?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de depresión y sus factores de riesgo en adolescentes de 13 a 18 años del Colegio México, durante marzo- abril 2017, San José, Costa Rica

1.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a la población de estudio según edad, sexo y año que cursan en el Colegio México entre los meses de marzo y abril del 2017.
- Identificar a los estudiantes del Colegio México, entre los meses de marzo y abril del 2017 con síntomas depresivos y sus grados según el inventario de depresión de Beck.
- Relacionar los principales factores de riesgo (año que cursan, consumo de tabaco- alcohol- drogas, tipo de familia y violencia intrafamiliar) con la prevalencia de depresión en los adolescentes del Colegio México.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

- Se identificaron a los estudiantes con depresión y sus factores de riesgo.
- Se confirma que ciertos factores si son de riesgo (ej. Consumo de tabaco, licor y drogas) y otros protectores (ej. la familia de tipo tradicional) para la prevalencia de depresión.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

- Ausencia de estudios previos de depresión en adolescentes con este diseño de investigación.
- Ausencia de validación en el país de distintos test en estudiantes de secundaria.
- Dificultad para obtener un consentimiento informado dentro del tiempo establecido.
- Encuestas e instrumentos incompletos debido al poco tiempo brindado por clase.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO

Antecedentes históricos de la depresión

La depresión desde la perspectiva del contexto histórico se considera parte del desarrollo de la humanidad. Se describe en casi todos los registros literarios y médicos de la historia, era llamada con el nombre de melancolía. Iniciando en *La Biblia*, donde el rey Antíoco Epifanes, (Libro de los Macabeos) describe su tristeza al derrotar a un militar, “huye el sueño de mis ojos y mi corazón desfallece de ansiedad” ⁽⁶⁾, se describe además un episodio de depresión que presentó el rey Saúl, en las escrituras se puede apreciar un verdadero padecimiento de un trastorno psico- afectivo, sus servidores le aconsejaban que hiciera venir al joven David, que tocaba muy bien el arpa y le ayudaba en sus episodios de descompensación de su aparente padecimiento, todo esto se hace referencia en el libro primero de Samuel (versículo 16: 14-23).

Se puede apreciar que desde tiempos antiguos se conocía parte, quizás no de la forma científica en la actualidad, que existían los trastornos que afectaban la mente, se buscaban soluciones ya sean “rusticas” o naturales para hacer sentir mejor a la persona.

La tristeza del latín *tristitia*, es la cualidad de estar triste, lo que significa estar afligido o apesadumbrado; mientras que la depresión, del latín *depressio, ònis* en términos psicológicos, se trata de un síndrome caracterizado por una tristeza profunda pero que además incluye la inhibición de las funciones psíquicas, veces con trastornos neurovegetativos, siendo entonces cuando se requiere de un tratamiento farmacológico, además de psicológico.⁽⁷⁾

La palabra melancolía es fruto de la doctrina humorística, en la medicina antigua fue definida por Hipócrates, donde se explica que por medio de los humores del cuerpo se equilibra la salud y la

enfermedad. El “padre de la medicina” conceptualizo de alguna forma “la personalidad” con esta teoría de los cuatro humores, se podría destacar que el humor negro se asocia a la melancolía y este mismo relaciona el temor y la tristeza.⁽⁶⁾

Homero ⁽⁸⁾ en el 400 a. C se refiere a los trastornos mentales y los nombra como “manié” y “melancolía”. Areteo de Capadocia ⁽⁸⁾ (siglo I a. C) describe la melancolía como una “alteración apirética del ánimo, que siempre esta frio y adherido a un mismo pensamiento, inclinado a la tristeza y la pesadumbre”. Además, describió la conexión entre los episodios depresivos y los maniacos, donde indica “la melancolía es el principio y parte de la manía”. Lo describía como la parte fundamental de la locura. Para los griegos el desequilibrio de los humores, uno sobre los demás determinaba el temperamento, lo cual lo definen como una manera repetitiva de reaccionar ante una idea o recuerdo. El melancólico es poco reactivo, pero al guardar sus reacciones se convierte en pesimista. Los romanos ⁽⁹⁾ por otro lado llamaron el humor negro de igual forma “*melancholia*”.

Otro pensador como Galeno de Pérgamo (131- 201) describe la melancolía como una alteración crónica, no se acompaña de fiebre pero presenta síntomas como temor o miedo, suspicacia y cansancio de la vida, entre otros. ⁽⁹⁾

Constantino en el siglo XI ⁽⁸⁾, planteo “La melancolía perturba el espíritu más que otras enfermedades del cuerpo”. En datos de América para esas épocas, en narraciones de los conquistadores, dentro de los incas la enfermedad mental más común era la depresión, ellos mismos aplicaban sus conocimientos con plantas medicinales así como los ritos mágicos y religiosos.

Se podría ubicar en la historia a Santo Tomás (1225- 1274), para mencionar un ejemplo, sostenía que la melancolía era provocada por demonios e incluso por el pecado de la pereza. ⁽¹⁰⁾

Adelantándose al período medieval, se caracteriza por la relación de la demonología y superstición con todo lo externo e interno de un comportamiento anormal. El famoso Martin Lutero ⁽⁸⁾ (1483- 1546) escribió “toda la pesadez de la mente y la melancolía viene del diablo”. En esa época era muy importante la asociación que se le daba a lo negativo con los demonios o seres malignos, todo lo que hacía referencia a Dios curaba lo malo y estaba bien para ellos o por lo menos los que creían en eso.

Paracelso ⁽⁸⁾ (1493- 1541), retoma las tesis griegas y se opone a las creencias de ese momento, se refiere tanto a la depresión endógena como a la exógena. Por mencionar algunos nombres importantes de la época, Robert Burton ⁽¹⁰⁾ (1577- 1640) con su obra “anatomía de la melancolía” hace referencia a los aspectos ya conocidos de la enfermedad, además indica que el enfado es el centro de la depresión. Continuamos con Thomas Willis ⁽⁸⁾ (1621- 1675) en su época indico que el origen de la depresión era una alteración química en el cerebro y corazón, con Bonet (1679) describe en su obra “manía de la melancolía” la relación entre ambas. En 1764 Robert Whytt ⁽⁹⁾ relaciono la depresión mental con el espíritu bajo, la hipocondría y la melancolía.

Para la época de 1808 Haslam ⁽⁷⁾ se refirió al término depresión, que gano terreno para determinar la enfermedad. En la época del siglo XVIII William Cullen ⁽⁷⁾ asocio los conceptos de carga y descarga eléctrica y la aplico al cerebro, relacionando la baja energía con la melancolía. Philippe Pinel ⁽⁸⁾ señalo causas de melancolía, las principales las psicológicas. En el siglo XVI se acepta la melancolía como enfermedad mental, Bartolomeus Anglicus ⁽¹⁰⁾ la definió como la afección de la parte media de la cabeza. El siglo XIX, de máximo apogeo en lo que concierne a este tema.

Guislain,⁽⁷⁾ autor belga, defendía que la melancolía era la parte inicial y la demencia como parte final. A mediados del siglo anteriormente mencionado aparecen Hoffmann (1861) y Snell (1865), ellos iniciaron el ocaso de la psicosis única, para ellos la paranoia no era secundaria a la melancolía y en el congreso de Berlín de 1893 se establece lo anterior ⁽⁷⁾.

En 1863 se inicia con el uso del término distimia por Karl Kahlbaum y se acuña el término “ciclotimia” que engloba la depresión y la manía. ⁽⁸⁾

El psiquiatra Kraepelin ⁽⁹⁾ emplea el término locura depresiva, consideraba que las melancolías eran formas de depresión mental y además señaló que el estrés psicológico puede precipitar episodios de manía. Este mismo personaje en 1899 describía la psicosis maniaco- depresiva cuyos criterios son compatibles con el diagnóstico de bipolaridad I.

En 1911 Freud ⁽⁷⁾ publica “Duelo y melancolía”, se establece la diferencia entre enfermedad y el proceso de duelo. En el DSM-I ⁽⁹⁾ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, por sus siglas en ingles), en 1925 se introduce el término reacción maniaco- depresiva. En el DSM-III ⁽⁹⁾ de 1980 se distingue entre bipolar. Unipolar y se cambian los nombres a trastorno distímico y trastorno depresivo mayor.

A lo largo de la historia se puede observar el gran interés en este tema, desde lo mágico hasta lo religioso, del humor a la electricidad, ambiental hasta lo genético mientras que la clínica prevalece y se logra un término más certero.

2.2 CONTEXTO TEORICO- CONCEPTUAL

A. Definición de la enfermedad

Por muchos años se ha buscado comprender el comportamiento del ser humano y más aún cuando se presenta un cambio en el mismo. Con el paso del tiempo la búsqueda de una explicación genera muchas definiciones o inclusive se podría decir percepciones de estos cambios, y la enfermedad de la depresión no es la excepción a esta búsqueda. Además es muy común, quizás más, en la población joven confundir la tristeza con la depresión, por eso es importante lograr esclarecer esta definición.

Se encuentra dentro del conjunto de desórdenes afectivos o desordenes del estado del ánimo, ingresado en el grupo junto a otros trastornos como la bipolaridad. El estado del ánimo es la parte subjetiva del estado emocional de una persona y el afecto es la parte objetiva. La población podría describir con adjetivos a esta enfermedad como tristeza, melancolía, vacío, soledad, entre otros.

“La depresión clínica se considera como una condición médica que afecta el estado del ánimo, la conducta, los pensamientos. Cambia la manera en la que una persona se siente, actúa y piensa”.⁽⁷⁾

Se cita a Polaino- Lorente ⁽¹¹⁾ en 1998 donde explica la depresión de tres formas:

1. Un síntoma (humor disfórico), que puede surgir en ocasiones sin causa aparente o bien aparece como respuesta a un desajuste o a una pérdida importante, o incluso manifestarse sin que forma parte de un síndrome o desorden depresivo.
2. Un síndrome (donde se consideran cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, alteraciones psicomotoras, etc.), puede presentarse como algo primariamente bien delimitado o como una forma secundaria, asociada a otras alteraciones patológicas fobias, ansiedad, alcoholismo, etc.)

3. Un desorden clínico, en donde se manifiesta un síndrome depresivo que causa un determinado grado de incapacidad en el sujeto, además, se manifiestan ciertas características específicas vinculadas o no a una historia biográfica concreta, en donde es posible correlacionar, en ocasiones algunos datos biológicos y familiares.

Otra de las descripciones del tema es que la depresión es causada por trastornos cognitivos, interpersonales, funcionamiento neuroquímico y ambiental, así como los déficits en la habilidad de regulación de emociones críticas ⁽¹¹⁾.

La mayoría de la población desconoce el término o la definición real de la depresión, muchos usan el término para expresar una gran tristeza o simplemente un mal momento en su vida, el autor Polaino- Lorente describe “ la depresión por su parte, es un problema, e salud mental y física, del cual se desconocen generalmente sus síntomas, signos y desencadenantes; por lo que la sociedad abusa del término “depresión”, desconociendo los motivos por lo que se llega a padecerla y sus consecuencia en todo ámbito de la vida del individuo.” ⁽¹²⁾

Además se explica el término de una manera simple “la depresión refleja el miedo que reina entre la población ante adversidades cotidianas y el no saber cómo enfrentarlas; llevando a los que padecen a enfatizar los aspectos negativos y darle por tanto la connotación de fracasos y decepciones a los “sinsabores normales y cotidianos” de la vida aunado a la desvalorización de sus capacidades, atentando contra la propia valía personal” ⁽¹²⁾

Una definición más técnica sería la mostrada por el DSM V, “Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer” ⁽¹³⁾

Hollon y Beck (1979) definen la depresión como “el síndrome en que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes”.⁽¹⁴⁾

Dentro de esta lista de síntomas mencionados en el DSM V, aparte de los anteriores se encuentran la pérdida importante de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de culpabilidad o inutilidad, disminución de la capacidad para concentrarse o pensar y pensamientos de muerte recurrente.⁽¹³⁾ Se podría decir que dentro de la población en estudio, adolescentes, muchos de estos síntomas están presentes y el fin es aprender al respecto sobre este tema para poder identificarlo a tiempo y así evitar un desenlace negativo.

B. Curso de la enfermedad.

Para comprender de una forma más sencilla hay que lograr diferenciar como una enfermedad los trastornos del ánimo, de las reacciones o cambios en el estado de ánimo y sentimientos. Se define “estado de ánimo o humor como un estado afectivo, autónomo y duradero en el tiempo, autolimitado... Los sentimientos son vivencias muy variables, cuya concepción más habitual es de naturaleza psicológica (pena, alegría, ira, frustración) pero no de manera exclusiva”.⁽⁸⁾

Generalmente es una enfermedad de curso largo con tendencia a recaídas, se presentan factores estresantes que preceden el primer episodio, lo cual no ocurre en los siguientes episodios, en otras palabras se podría decir que hay un detonante para esta enfermedad que hace susceptible al

paciente a otros episodios en el futuro. Se necesita comprender que la enfermedad es diferente a las variaciones habituales del estado de ánimo.

Las personas que han pasado por situaciones adversas, se habla de luto, desempleo, traumas psicológicos, estrés, o hasta problemas financieros, por mencionar algunos, a estos se les conoce como detonantes y tienen más posibilidades de sufrir episodios de depresión. Se menciona que hay relación entre la depresión y la salud física; así por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa.⁽¹⁵⁾ Se indica que los episodios son variables, su inicio es más frecuente entre la adolescencia y la década de los 30.

“La mayoría de las personas que lo sufren acaban recuperándose en un periodo de tiempo que oscila entre 6 y 24 meses... La duración media de un episodio depresivo mayor es de unos 4- 5 meses bajo un buen control terapéutico. Con los tratamientos medios o psiquiátricos estándar la duración se aproxima a un año”.⁽⁷⁾

Se considera apropiado detectar de forma temprana el episodio para así iniciar de igual manera el tratamiento y evitar la cronicidad de la enfermedad, algunos autores establecen el curso de la depresión como crónico en un 20% de los casos, episódico en un 40% y con remisión completa en un 40% de los casos.⁽¹⁴⁾

Es una enfermedad variable que se debe de tener en cuenta la historia familiar, se presenta con pocos signos de alarma al inicio, aísla al paciente desde lo personal hasta lo social y más aún si se habla de la población adolescente.

En esta población llama la atención el énfasis que se hace en los síntomas de depresión asociados a los trastornos de comportamiento como por ejemplo; desobediencia, faltas a clase y fugas, por mencionar algunas, recordar que es una población vulnerable y que se encuentran en un período

crítico del crecimiento donde hay muchas interrogantes y pocas respuestas por lo cual es necesario prest

C. Epidemiología

Es importante conocer los datos numéricos de una enfermedad tan relevante en el mundo actual, se sabe con datos actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2017 se calcula que afecta a más de 300 millones de personas.⁽¹⁴⁾ Se conoce que tanto en adultos como en adolescentes es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres dicha enfermedad. Es considerado un problema de salud pública y el 25% de las personas tiene acceso a medicamentos eficaces, además se dice que 1 de cada 5 personas desarrollara un trastorno depresivo a lo largo de su vida.

Es importante recordar que este problema puede afectar a cualquier persona, sin importar su estatus social, económico, edad, nivel educativo o cultura.

Se menciona que la prevalencia de depresión mayor en adolescentes oscila entre 0,4% y 8,3% y respecto a la sintomatología depresiva se estima que al menos un tercio de los adolescentes la presentan. Se considera la depresión como la enfermedad más irreconocida, no diagnosticada y no tratada, solamente superada por las enfermedades cardiovasculares con los mayores costos. Para el año 2010, “se consideraba esta enfermedad en la cuarta posición dentro de las más discapacitantes, y se estima que para el 2020 ocupara el segundo. Es la primera causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales”.⁽⁸⁾

Al ser una población con tantos cambios, físicos como emocionales, es más difícil identificar o definir un diagnóstico como el de la depresión, por lo cual se cuentan con pocos estudios en dicha población.

Se menciona que “la prevalencia de la depresión en niños es de 1-2%, aumentando a 3-8% en adolescentes. Al final de la adolescencia aproximadamente 1 de cada 5 adolescentes habrá experimentado al menos un episodio depresivo”.⁽¹⁶⁾

Las Naciones Unidas calculan que entre el 2005 y el 2025, la población total de América Latina y el Caribe aumentará 23%... Esas proyecciones indican que el crecimiento poblacional más rápido se registrará en las personas de edad más avanzada: la población de 50 a 64 años aumentará 76% y la de 65 años y más 100%. La población entre 15 y 49 años de edad corre mayor riesgo de sufrir trastornos mentales que aparecen en la edad adulta, aumentará 19%.⁽¹⁷⁾

Las enfermedades o trastornos mentales podrían o no causar muertes directas, estas si representan carga en la morbilidad. Los AVAD (siglas en español para los años de vida ajustados en función a la discapacidad) representan un año de vida sana perdido.

En 1990 los trastornos neuropsiquiátricos representaban el 8.8% de los AVAD en América Latina y el Caribe. En el 2002 la proporción de las discapacidades causadas por enfermedades neuropsiquiátricas aumentó a 22,2%... Los trastornos depresivos unipolares representaban 6.9% de todos los AVAD. Entre los adultos en riesgo (15-59 años) este tipo de trastornos representaba 10.3% de los AVAD.⁽¹⁷⁾

Para mencionar una estadística epidemiológica en Europa, se podría mostrar el caso de España, según la Sociedad Española de Psiquiatría se dice que “el riesgo de que la población general desarrolle, al menos, un episodio de depresión grave a lo largo de la vida es casi el doble en mujeres

(16.5%) que en hombres (8.9%), mientras que el porcentaje de persona que padece anualmente la enfermedad es del 4%.”⁽¹⁸⁾

Con los ejemplos anteriores se muestra que en efecto, los problemas neuropsiquiátricos son un problema de salud pública que ha ido en aumento. Se debe prestar mayor atención y mejorar muchos aspectos para evitar que temas como el suicidio, aumenten sus cifras asociado a estas patologías ya sea en población joven o adulta.

D. Etiología

Conocer las causas o posibles causas de una enfermedad permite continuar con otros temas como el diagnóstico y el tratamiento. En especial es importante conocer y entender cómo se inicia esta enfermedad que ha ido aumentando su incidencia y que es considerada un problema de salud pública. Desde el inicio, tenemos a Hipócrates que creía que el desequilibrio de los humores del cuerpo causaban, en este caso, según su teoría era la bilis negra, con la cual acuño el termino melancolía para denotar la depresión, siendo la primera teoría científica a su vez describiendo la clínica.⁽²⁰⁾

Por el lado de la anatomía, la tecnología ha ayudado de gran manera a comprender de qué regiones regulan el estado del ánimo y como otras funciones se ven afectadas por la enfermedad. Se conoce que estas áreas son significantes en la depresión: amígdala, el tálamo, el hipocampo. En un estudio publicado en *The Journal of Neuroscience*, los investigadores estudiaron a 24 mujeres que tenían antecedentes de depresión. En promedio, el hipocampo fue 9% a 13% menor en las mujeres deprimidas en comparación con las que no estaban deprimidas.⁽¹⁹⁾

A continuación se muestra una tabla con causas establecidas y agrupadas en: biológicas, psicológicas y sociales para dicha enfermedad:

Causas biológicas

1. Aspectos genéticos.
2. Medicamentos que pueden producir depresión.
3. Alcoholismo crónico.
4. Consumo prolongado de drogas ilícitas.
5. Algunas enfermedades físicas.
6. Algunos procedimientos quirúrgicos.
7. Trastornos hidroelectrolíticos.
8. Desnutrición.
9. Trastornos endocrinos.
10. Trastornos del patrón del sueño.
11. Período menstrual y posparto.
12. Climaterio.
13. Trastornos de los neurotransmisores.

Causas psicológicas

1. Teorías psicodinámicas.
2. Teorías cognitivas.

3. Excesiva dependencia de otras personas.
4. Pobre autoimagen.
5. Perdida de un ser querido- duelo.
6. Fracaso económico.
7. Pobre tolerancia a las frustraciones.
8. Pobres relaciones interpersonales.
9. Excesiva timidez.
10. Tendencia al auto reproche.
11. Sensación de inseguridad.
12. Sensación de inutilidad.
13. Personalidad básica cambiante.
14. Pocos deseos de superación.
15. Estrés severo prolongado.
16. Personas con tendencias hipocondriacas.

Causas sociales

1. Pobreza.
2. Guerras.
3. Hacinamiento.
4. Migración.
5. Emigración.
6. Asaltos.
7. Inestabilidad política o laboral.
8. Pobre ambiente familiar.

En la tabla anterior se menciona de manera resumida las causas de la depresión, a continuación se van a explicar de forma individual las principales de cada grupo o subgrupo causal.

Genética:

La transmisión es un tema controvertido, unos autores se inclinan por un factor genético ligado al cromosoma X, otros defienden que hay un gen dominante incompleto. Estudios realizados en gemelos sugieren un factor genético, la concordancia en gemelos monocigotos es del 65% frente al 14% en dicigotos. ⁽²⁰⁾

Trastornos en los neurotransmisores:

Es considerado un trastorno heterogéneo. Se describen las teorías monoaminérgicas que indican que con la disminución de los neurotransmisores se percibe la depresión mientras que con el aumento de los neurotransmisores se da la manía. Ya es conocido que la función de los neurotransmisores es transmitir el estímulo nervioso de una neurona a otra, por lo cual es necesario un equilibrio en ellos. Sin dejar de lado a los receptores los cuales juegan un papel tan importante como el de los neurotransmisores. Dentro de los neurotransmisores, se han encontrado que tres de ellos son los que están alterados: dopamina, serotonina y norepinefrina. ⁽¹⁹⁾

Los mecanismos por los cuales se ven afectados se mencionan en la tabla N° 1. Se explicara a continuación las tres hipótesis con respecto a los neurotransmisores principales. ⁽²⁰⁾

Tabla N° 1 Trastornos de los neurotransmisores

Déficit en la síntesis	Bloqueo del receptor postsináptico
Disminución del número de depósitos	Inestabilidad del receptor postsináptico
Depleción de los lugares de depósito	
Bloqueo de la liberación	Hipótesis noradrenérgica
Excesiva liberación	Hipótesis dopaminérgica
Excesiva estimulación del receptor presináptico	Hipótesis serotoninérgica

Fuente ⁽²⁰⁾

○ **Hipótesis noradrenérgica:**

Se postula que sería el resultado de un déficit central de noradrenalina. Los estudios sobre el 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG) que es el metabolito de la noradrenalina cuyas concentraciones reflejan la actividad noradrenérgica central, marcan una clara disminución de esta (MHPG) en orina... Sin embargo algunos autores consideran que solo el 20% del MHPG urinario tiene origen central.

○ **Hipótesis dopaminérgica**

La sustancia inactiva de la dopamina es el ácido homovanílico (HVA) se ha encontrado significativamente disminuido en depresiones especialmente por inhibición motora.

- **Hipótesis Serotoninérgica**

Un estudio del 5-HIAA el cual es un metabolito de la serotonina, en el LCR (líquido cefalorraquídeo) la presencia de niveles más bajos (50% aproximadamente) se ha mencionado como predisposición a padecer el trastorno.

En la actualidad se puede encontrar un amplio número de teorías que pretenden darte una explicación etiológica a la depresión, al ser un trastorno heterogéneo se busca explicar cada faceta, por eso a continuación se nombran teorías que pretenden conceptualizar.

Teorías conductuales de la depresión

Como su nombre lo indica se centra más en determinantes de la conducta. Sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno. Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción. ⁽²¹⁾

Los modelos conductuales más relevantes se van a exponer a continuación.

1. La disminución del refuerzo positivo

Lewinsohn para 1975 y otros colaboradores para los siguientes años. Piensan que puede ser el resultado de la reducción de este, se consigue de: 1. El número de eventos que son potencialmente reforzadores para la persona; 2. El número de hechos potencialmente reforzadores que tienen lugar y 3. El conjunto de destrezas para provocar refuerzo para sus

conductas procedente del entorno. Se reformula en 1985, e indican que consideran que la depresión es producto de los factores ambientales como disposicionales, en este cambio se agrega el fenómeno de secuenciación de conexiones causales, hay un detonador de depresión por lo cual disminuye el refuerzo positivo y la atención se centra en uno mismo (ej: autocrítica y negativismo) lo cual aumenta la disforia con consecuencias conductuales y cognitivas, entre otras. En ese momento proponían factores de vulnerabilidad: ser mujer, edad entre 20 y 40 años, antecedentes de depresión, susceptibilidad ante situaciones, bajo nivel socioeconómico, baja autoestima e hijos de menos de 7 años. Y además plantearon factores protectores como exposición a acontecimientos positivos y apoyo social, entre otros.⁽²¹⁾

2. Entrenamiento en auto control

Rehm ⁽²¹⁾ (1977) plantea que la depresión es la parte negativa entre la recompensa y el castigo. Los individuos deprimidos tienden a ser perfeccionistas, metas inalcanzables y se enfocan en aspectos negativos, por lo cual el autocastigo se eleva, Se dice que hay una regulación errónea de las expectativas y estrategias de autoevaluación, hay presencia de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de autocontrol.

3. El modelo de Nezu

Se propone que el individuo presenta un déficit en la habilidad de solucionar problemas, Nezu ⁽²¹⁾ y colaboradores entre 1987 y 1989. Indicaban que el solucionar problemas amortiguaba el hecho de las experiencias negativas en la vida.

Creía que se presentaba un déficit en uno de los componentes de la estrategia de solución: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de

soluciones, tomar decisiones y puesta en práctica la solución. Al presentar consecuencias negativas se traduce en la disminución en el refuerzo de la conducta.

Teorías cognitivas de la depresión

La forma en la que se interprete un acontecimiento es más importante que el acontecimiento, se enfatiza en la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos, por lo cual se puede dar provocar un trastorno depresivo.⁽¹⁴⁾

1. La teoría de la indefensión aprendida y su reformulación

Seligman ⁽¹⁴⁾ en 1975 propone que la depresión aparece cuando la persona no es capaz de diferenciar la relación entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen ya sean negativas o positivas. Denomino “indefensión aprendida” como el estado de pasividad que se generan cuando no discrimina ente la conducta y la consecuencia de la misma.

Abramson et al. ⁽²¹⁾ (1978) reformula que las atribuciones en la indefensión pueden variar en las siguientes dimensiones interna- externa, global- específica, estable- inestable... Se ha demostrado que es más probable que los individuos predispuestos a la depresión atribuyan los acontecimiento negativos a factores internos (es decir, a uno mismo), estables (es decir, irreversibles) y globales (es decir, que lo abarcan todo) según Peterson, Mainer y Seligman ⁽²¹⁾, 1993.

Se deduce que el molde opuesto en la atribución seria la persona que se basa en hechos positivos.

2. La teoría cognitiva de Beck

Beck et al.⁽¹⁴⁾ (1979), proponen que la interpretación errónea de las diferentes situaciones puede causar depresión. Gira en torno a tres conceptos, la cognición: la cual es el contenido y estructura de la percepción; el contenido cognitivo es el tercer concepto el cual se refiere al significado que la persona da a los pensamientos; y la tercera son los esquemas las cuales las explican cómo creencias centrales y ayudan a procesar la información del medio.

También explican cuatro elementos cognitivos clave: 1) la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información; y 4) disfunción en los esquemas.⁽¹¹⁾

Esta misma teoría propone un modelo de *diátesis estrés*, se dice que la predisposición a la depresión se adquiere desde edades tempranas, las cuales moldean esquemas con tendencia a la depresión, serán activados con algún estímulo de tipo estresante.⁽¹⁴⁾

Como se puede observar hay muchas teorías y todos los autores buscan explicar o explicarse por qué de dicha enfermedad. Se sabe que al conocer la causa se podrían buscar tratamientos y evitar que en un futuro aumenten los casos.

E. Clasificación diagnóstica

Para lograr una unificación de criterios para las enfermedades mentales se utilizan dos clasificaciones de forma universal.

- Asociación Psiquiátrica Americana (APA): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-V quinta edición, la más actual) ⁽¹³⁾
- Organización Mundial de la Salud (OMS): Clasificación internacional de las Enfermedades (CIE 10, el último que se ha publicado). ⁽²²⁾

Se describirán los que más se relacionan con la investigación, los demás serán nombrados.

DSM- V ⁽²²⁾

Trastornos depresivos

- Trastorno depresivo mayor:
 - A. Cinco o más de los síntomas de la lista mencionada durante dos semanas y al menos uno de los dos síntomas es: estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o de placer.
(Incluye la lista
 - B. Los síntomas causan malestar clínico o deterioro en lo social, laboral u otras.
 - C. El episodio no se puede atribuir a una sustancia o enfermedad.
 - D. El episodio de depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo.
 - E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
 - A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días de los ausentes, durante un mínimo de dos años.
 - B. Presencia de dos (o más) síntomas.

- Poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnias, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad en toma de decisiones, sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto nunca ha estado sin los síntomas de A y B durante más de dos meses seguidos.
 - D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
 - E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
 - F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo.
 - G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos de una sustancia o afección médica.
 - H. Los síntomas causan malestar clínico o deterioro en lo social, laboral u otras.
- Trastorno disfórico premenstrual.
 - Trastorno depresivo inducido por una sustancia/ medicamento.
- A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
 - B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o análisis de laboratorio: Síntomas del criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento; y la sustancia o fármaco implicado puede producir síntomas del criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/ medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir: los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia o medicamento; los síntomas persisten durante un periodo importante (aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave o hay otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias.

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. Los síntomas causan malestar clínico o deterioro en lo social, laboral u otras.

- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Otro trastorno depresivo especificado
 1. Depresión breve recurrente.
 2. Episodio depresivo de corta duración (4- 13 días).
 3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes.

Otra clasificación de mayor importancia en este tema:

CIE- 10 (OMS 1994) ⁽²²⁾

- Episodio maníaco.
- Trastorno bipolar: Esta caracterizado por la alteración de episodios depresivos con cuadros hipomaniacales (bipolar I) o maniacaes (bipolar II). Lo usual es que se da una recuperación total entre los episodios. Dura en promedio cuatro meses una crisis maniacal, mientras que

la depresión es de 6 meses. La edad de inicio es más temprana que la unipolar (25- 35 años).

- Episodios depresivos:

*Episodio depresivo leve. (Con o sin síndrome somático)

*Episodio depresivo moderado. (Con o sin síndrome somático)

*Episodio depresivo grave. (Con o sin síntomas psicóticos)

- Trastorno depresivo recurrente.

- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve. (Con o sin síndrome somático)
- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado. (Con o sin síndrome somático)
- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave. (Con o sin síntomas psicóticos)
- Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.

- Trastornos del humor persistentes

- Ciclotimia: Se caracteriza por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, con muchos periodos de depresión y euforia leves.
- Distimia: Depresión crónica en la que a menudo dicen sentirse bien pero la mayor parte del tiempo se sienten cansados.

- Trastorno del humor orgánico con síntomas depresivos.

- Trastornos de adaptación con reacción depresiva

- Reacción depresiva breve.
- Reacción depresiva prolongada.
- Reacción mixta de ansiedad y depresión.

F. Factores asociados

Factor familiar:

La crianza definitivamente juega un papel importante en la presencia o no de depresión, y más aún en una etapa tan susceptible como la adolescencia.

“Sentin ⁽²⁰⁾ (1.989), dentro de su trabajo psicológico con estudiantes deprimidos, señala que los alumnos deprimidos se desarrollan dentro de una estructura familiar en conflicto, Puntualiza los conflictos típicos en la familia:

- Infidelidad de uno de los cónyuges (más frecuente el padre)
- Dificultades más o menos manifiestas de relación de pareja.
- Rigidismo moral, especialmente en el terreno de la sexualidad, acompañado de fanatismo religioso o político.
- La condición de ser único de un sexo dentro de los hermanos.
- El hecho de que un miembro de la familia sea un triunfador en los negocios o en la carrera, acompañado con una fuerte carga de autoridad. (Imagen de padre perfecto) ⁽¹¹⁾

La depresión en los papás se considera un factor de riesgo importante, hay una probabilidad de entre tres y cuatro veces más de presentar depresión o trastornos del humor en hijos de padres que lo padecen. La psicopatología materna se considera un predictor.

“El ambiente familiar marca el crecimiento y el esquema psicológico del sujeto. La estructura familiar pone en marcha el cómo pensar y enjuiciar, como sentir y gozar; y cómo actuar y experimentar.” (Setin 1.989) ⁽¹¹⁾

Es importante que la familia le brinde los principios y valores (autoestima, plantearse metas, un plan de vida, valores, entre otros) para que el adolescente pueda enfrentar adecuadamente esta etapa, tal como elaborar un proyecto de vida sano. El papel de la familia en la vida de un adolescente es primordial ya que es una etapa en la vida donde se cambia la visión del mundo. De acuerdo con el trabajo que realice la familia, esta puede ser salvadora o mediadora con los factores que afecten al adolescente.

Muchos de los síntomas depresivos (tristeza, sensación de vacío, soledad, entre otros) están presentes en la adolescencia, por lo cual la familia también debe de cumplir el rol de distinguir que tan severos son los síntomas y así ayudar y guiar al sujeto para que sea una situación lamentable en el futuro.

Tipos de familia

- Familia tradicional: incluye a la familia nuclear, familia extensa y la compuesta.
- Familia monoparental: Como su nombre lo dice solamente la presencia de uno de sus padres, ya sea solo mamá o solo papá.
- Otra: Presencia de madre o padre con otra relación (madrastra o padrastro), la abuela como persona a cargo u otro familiar. ⁽²³⁾

Sexo y edad:

Previo a la adolescencia los trastornos depresivos son muy similares en niños y niñas. En la primera mitad de la adolescencia los trastornos son más frecuentes en el sexo femenino. Se desconoce la

causa de dicha estadística pero se podría asociar a los cambios hormonales y las relaciones sociales del momento.

En población chilena, Vicente y cols. (2012) encontraron asociaciones entre el desarrollo de trastornos afectivos, sexo femenino y edades entre 12 y 18 años, en población chilena. ⁽²⁾

Según datos recogidos en la “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”, España es el país europeo con las tasas más altas de síntomas depresivos en población de edad avanzada. ⁽¹⁸⁾

Uso de drogas u otras sustancias

El alcoholismo familiar se ha asociado con mayor probabilidad de depresión. El consumo de drogas en adolescentes en la actualidad es más frecuente. Según la población a la que se ha hecho la encuesta y el instrumental de investigación utilizado, la incidencia de depresión en pacientes con abuso de sustancias está entre el 6% y 70%. En una encuesta realizada a 6.355 pacientes adictos a sustancias, Gold encontró una incidencia de depresión profunda de por vida de un 43,7% y una incidencia de depresión sub-clínica de un 9,6%. ⁽²⁴⁾

Se encuentra que la prevalencia de síntomas de depresión aumenta la relación directa con el consumo, como factores protectores se mencionan en la literatura la cohesión familiar, una buena comunicación y la existencia de vínculos cercanos; los cuales podrían evitar el uso de drogas en adolescentes. ⁽²⁴⁾

Violencia intrafamiliar

La violencia en las personas secuelas quizás irreversibles y más aún si se da durante etapas tan importantes como la infancia o adolescencia.

Se define como toda acción u omisión ejercida contra un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción que produzca como consecuencia daños a la integridad física, sexual, psicológica o patrimonial, violando su derecho al pleno desarrollo y bienestar. ⁽²⁵⁾

Cuando la violencia ha sido lo suficientemente crónica las repercusiones empiezan a manifestarse en las aulas escolares ya sea con conductas de aislamiento, agresión hacia sus compañeros (bullying) o maestros y a veces se detecta como bajo rendimiento escolar o pérdida de años escolares. Factores que parecen aumentar la susceptibilidad a la depresión:

- Ciertos rasgos de personalidad, como la baja autoestima y ser demasiado dependientes, autocríticos o pesimistas
- Los eventos traumáticos o estresantes, como el abuso físico o sexual, la muerte o pérdida de un ser querido, una relación difícil o problemas financieros.
- Parientes de sangre con antecedentes de depresión, trastorno bipolar, alcoholismo o suicidio.
- Ser lesbiana, gay, bisexual o transgénero, o tener variaciones en el desarrollo de los órganos genitales que no son claramente masculinos o femeninos (intersexuales) en una situación de falta de apoyo.
- Historia de otros trastornos de la salud mental, tales como trastorno de ansiedad, trastornos de la alimentación o trastorno de estrés postraumático
- Abuso de alcohol o drogas recreativas.

- Enfermedad grave o crónica, incluyendo cáncer, apoplejía, dolor crónico o enfermedad cardiaca.
- Ciertos medicamentos, como algunos medicamentos para la presión arterial alta o pastillas para dormir (consulte a su médico antes de suspender cualquier medicamento).

G. Clínica

Los síntomas y trastornos depresivos pueden afectar severamente la calidad de vida de los pacientes. Los signos y síntomas son observables, si se conocen se podría facilitar la detección y el diagnóstico. Al ser un período del crecimiento extremadamente importante para la construcción del individuo no se deben de menos preciar o ignorar los síntomas.

Se coincide en la descripción de los síntomas de la depresión:

- Cambio de peso (aumento o descenso).
- Hipo o hipersomnia.
- Cambio en el rendimiento académico (disminución).
- Dificultad en concentración.
- Perdida de energía.
- Agitación o enlentecimiento.
- Ausencia de motivación.
- Baja autoestima- Ánimo deprimido.
- Disminución en interacción social o familiar.

- Deseo o sensación de soledad.
- Pensamientos de muerte.
- Actividades autodestructivas.
- Sentimientos de tristeza.
- Explosiones de ira, irritabilidad.
- Perdida de interés en actividades.
- Sensación de inutilidad o culpa.

Se dice que la depresión en adolescentes es similar a la del adulto pero que en los jóvenes la autodestrucción es más frecuente y además los síntomas atípicos se presentan más en los jóvenes. No todos los pacientes con trastornos depresivos padecen los mismos síntomas. La severidad, frecuencia, y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su patología en particular.⁽²⁶⁾

Tabla N° 2 Principales síntomas en depresión infanto- juvenil

Los síntomas se presentan fundamentalmente en tres esferas:	
Niños de 7 años a edad puberal.	<ul style="list-style-type: none"> • Esfera afectiva y conductual: Irritabilidad, agresividad. Agitación, o inhibición, astenia, apatía, tristeza, y sensación de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas de muerte. • Esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, bajo

rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta.

- Esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastorno del control de esfínteres y sueño, bajo peso para su edad, disminución o aumento del apetito.

Adolescentes

Síntomas similares a la edad puberal, hay más conductas negativitas y disóciales, abuso de alcohol y drogas, irritabilidad, inquietud, mal humor, agresividad, hurto, deseo o intentos de fuga, sentimientos de soledad o no aceptación, no colaboran con la familia, aislamiento, pobre aseo personal, retraimiento social, tristeza, baja autoestima, Pensamientos asociados al suicidio.

Fuente ⁽²⁶⁾

Un 20 a 40% de los niños o adolescentes que han tenido un trastorno depresivo puede desarrollar un trastorno bipolar dentro de los próximos 5 años, por lo cual es importante tener en cuenta la educación del paciente y sus familias. ⁽²⁶⁾ La cultura puede afectar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión, hay unas culturas que experimentan más características somáticas que otras y sin restar la importancia del caso. La consecuencia más grave que se puede tener en una enfermedad como esta, es el suicidio.

H. Diagnostico

Los criterios diagnósticos se basan en dos formatos el del Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastorno Mentales (se utilizaran el DSM- IV y el DSM- V) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE- 10).⁽²²⁾

El DSM- IV describe: período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. También debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de la lista de criterios. Los síntomas deben de persistir en la mayor parte del día, casi cada día. Un síntoma debe ser *de novo* o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.

Tabla N° 3 Criterios para el episodio depresivo mayor (DSM- IV)

-
- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser
- (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).
- (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- (4) insomnio o hipersomnia casi cada día.
-

-
- (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Fuente: ⁽²⁷⁾

Tabla N° 4 Criterios para el trastorno de depresión mayor (DSM- V)

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
-

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Fuente: ⁽¹³⁾

Criterios para el episodio depresivo mayor (CDI- 10) ⁽²²⁾

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

B. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.

C. Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

Síndrome somático

Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos, de aquí denominados “somáticos” tienen un significado clínico especial.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático.

Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes, en actividades que normalmente eran placenteras.
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.

3. Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
5. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación.
6. Pérdida marcada de apetito.
7. Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes).
8. Notable disminución la libido.

Hallazgos de laboratorio:

Ninguno de los hallazgos es diagnóstico de un trastorno depresivo mayor, pero se ha visto que son anormales en grupos de pacientes con trastorno depresivo mayor si se comparan con los controles, estos controles sirven para descartar cualquier otra patología y son funcionales previo a iniciar un tratamiento farmacológico. La mayoría de las anomalías de laboratorio son dependientes del estado. Sin embargo, hay datos que sugieren que algunas alteraciones del EEG (electroencefalograma) en el sueño que perduran durante la remisión clínica o pueden preceder al inicio del episodio depresivo mayor. ⁽²⁷⁾

Exploración física y enfermedades medicas asociadas:

También se podría asociar a las enfermedades medicas crónicas, hasta un 20- 25% de los pacientes con enfermedades crónicas presentaran un episodio de depresión mayor durante su enfermedad, un trastorno depresivo complica el curso y el pronóstico de la enfermedad de base. ⁽²⁷⁾

Métodos complementarios

El diagnóstico debe realizarse mediante entrevista clínica y no utilizar únicamente cuestionarios. Para completar la evaluación, es imprescindible la información aportada por los padres y por el entorno escolar. Más del 70% de los niños y adolescentes con trastornos depresivos no han sido diagnosticados correctamente ni reciben el tratamiento adecuado. Entre los cuestionarios más mencionados están: Escala de Ransik (mide gravedad de la depresión), escala de depresión de Zung y el inventario de depresión de Beck, por mencionar algunas. ⁽²¹⁾

J. Diagnóstico diferencial

Tabla N° 5 Diagnóstico diferencial de la depresión mayor en niños y adolescentes

Trastornos psíquicos no afectivos	Trastornos psiquiátricos polo afectivo	Otros
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.	Distimia.	Síndrome premenstrual.
Trastornos de ansiedad.	Trastorno bipolar.	Duelo no patológico.
Trastorno de conducta alimentaria.	Trastorno adaptativo.	
Trastorno de personalidad.		
Trastorno de conducta.		
Trastornos psicóticos.		

Fuente: ⁽²⁶⁾.

Otras enfermedades:

- Endocrinas: anemia, hipotiroidismo, enfermedad de Addison.
- Neurológicas: síndrome postcontusión, epilepsia.
- Metabólicas: diabetes, déficit de vitamina B12.
- Autoinmunes: LES.
- Infecciosas: hepatitis, mononucleosis, VIH.

Fármacos:

- Glucocorticoides sistémicos
- Anticonvulsivantes
- Neurolépticos
- Estimulantes
- Anticonceptivos orales

Tóxicos:

- Alcohol
- Cocaína
- Opioides
- Anfetaminas
- Cannabis

I. Tratamiento

En adolescentes, el tratamiento de elección solían ser los ISRS, pero las últimas exploraciones parecen mostrar un aumento de pensamientos y acciones suicidas en niños y adolescentes, asociados a este tipo de psicofármacos. Según un estudio de la Universidad de Maryland en Estados Unidos, el número de niños que toma psicofármacos por problemas de comportamiento y emocionales ha aumentado en más del doble en una década. El problema es que se desconocen los efectos a largo plazo de estos medicamentos en una población tan joven.⁽¹⁴⁾

Terapia cognitivo conductual

La terapia cognitiva fue propuesta originalmente por Beck ⁽¹⁴⁾ y formalizada a finales de los años setenta. Es la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión. Propone metas realistas y nuevas perspectivas. La terapia ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión moderada en adultos, con resultados similares a los obtenidos con tratamiento farmacológico. Con los niños y adolescentes la terapia se adapta y se considera esencial la participación de los padres.

Tipos de terapia:

- Individual.
- Grupal.

Terapia interpersonal

La desarrollo Klerman ⁽¹⁴⁾ con el fin de ser aplicada como tratamiento de mantenimiento de la patología. Aborda las relaciones interpersonales e interviene en el contexto social del sujeto. Propone cambios adaptativos para mejorar la sintomatología.

Terapia psicodinámica individual

Derivada del psicoanálisis, se basa en la teoría de Freud: la naturaleza de los conflictos puede ser en gran medida inconsciente, por lo que el objetivo terapéutico es resolver estos conflictos. ⁽¹⁴⁾

Tratamiento farmacológico

Actualmente hay más de treinta fármacos antidepresivos eficaces, con distintos mecanismos de acción, farmacocinética y farmacodinamia.

a. Antidepresivos Tricíclicos (ATC)

Función: inhiben la receptación de norepinefrina, serotonina y menos la dopamina, además bloquean los receptores colinérgicos muscarínicos, receptores histamínicos (H1) y receptores alfa adrenérgicos. Se ha disminuido su uso debido a su gran cantidad de efectos secundarios. Diversos estudios controlados y algunos metanálisis han manifestado que los antidepresivos tricíclicos no son más vigorosos que el placebo para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes y no deben utilizarse como fármacos de primera línea. ⁽²⁸⁾

Tabla N° 6 Características farmacológicas de los antidepresivos tricíclicos.

Fármaco	Vida media (hrs)	Intervalo dosis (mg/día)
Clomipramina	20- 30 hrs	100- 250 mg
Imipramina	6- 8 hrs	150- 300 mg
Amitriptilina	9- 46 hrs	150- 300 mg
Nortriptilina	18- 56 hrs	50- 150 mg

Fuente: ⁽²⁸⁾

b. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Su acción es inhibir la bomba de recaptación pre sináptica de serotonina, aumenta inicialmente la cantidad de serotonina en el espacio sináptico. Incrementa finalmente la transmisión neta serotoninérgica. ⁽²⁰⁾

Tabla N° 7 Características farmacológicas de los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Fármaco	Vida media (hrs)	Intervalo de dosis (mg/día)
Citalopram	33 hrs	20- 40 mg
Escitalopram	30 hrs	10- 20 mg
Fluoxetina	4- 6 hrs	20 mg
Paroxetina	24 hrs	20- 50 mg
Sertralina	26 hrs	50- 200 mg

Fuete: ⁽²⁸⁾

J. Pronóstico

Se menciona: ⁽⁸⁾

- Edad de inicio: entre más temprano es peor el pronóstico.
- Recidivas previas empeora el pronóstico.
- Relaciones internacionales: más difícil de recuperar con escasas relaciones.
- Personalidad con elementos neuróticos: hay más probabilidad de recaer.
- Depresión bipolar: el mejor pronóstico lo posee la unipolar.
- Síntomas psicóticos: presentan menor respuesta al tratamiento.
- Hechos desencadenantes.
- Trastornos neuroendocrinos.
- Antecedente de intento de suicidio.

K. Adolescencia: Características.

La adolescencia es un momento de transición en la vida, que marca el camino de la niñez a la edad adulta. En el período adolescente se producen cambios biológicos, fisiológicos y sociales. En este período la velocidad de los cambios es tan veloz que no le permite a la mayor parte adaptarse psicológicamente a ellos.

Durante la adolescencia se realizan las decisiones más importantes de la vida que en gran parte definen el rumbo de la persona y que estará condicionada por su capacidad para adaptarse socialmente, sexualmente, ideológicamente y vocacionalmente.

La relación con los padres durante este período es de gran importancia y valor si se basa en una actitud de contención, guía y aceptación de las cualidades individuales de sus hijos.

Es muy conveniente para el desarrollo normal de un individuo, que desde su infancia tengan la oportunidad de aprender el sentido de su responsabilidad individual, el respeto, principalmente por el sexo opuesto, que sepan sus límites, que conozcan su cuerpo y los cambios que se ocasionarán, que tengan educación sexual adecuada para cada período de su crecimiento y que puedan vivir en un ambiente que no contradiga lo que le enseñen.

“La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.”⁽²⁹⁾

“Para efectos del PAIA (Programa de Atención Integral de la Adolescencia) cubre a grandes rasgos el período que va desde los 10 años hasta los 19 años 11 meses y 30 días, están asociados una serie de factores que resulta básico comprender para una atención integral de las personas adolescentes.”⁽³⁰⁾

La adolescencia puede ser entendida como: el período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto propio.⁽²⁹⁾

Cambios biológicos:

En esta perspectiva, el inicio de la adolescencia está asociado a los cambios puberales y a la maduración sexual, con la aparición del contenido reproductivo, así como al crecimiento músculo esquelético. En las niñas se desarrollan sus mamas, se produce la aparición del vello púbico, empieza la menstruación y el crecimiento del vello axilar.

En los varones, se agrandan los testículos, aparecen el vello púbico, el cambio de la voz, las eyaculaciones, el vello axilar, la barba y el vello pectoral.

Enfoque psicosocial:

Los que trabajan sobre la adolescencia ⁽³⁰⁾ afirman que el origen de los cambios adolescentes, es fundamentalmente, por determinaciones externas, es decir, interacciones sociales y a la necesidad de adaptarse a los nuevos roles.

La adolescencia es una de las etapas de la vida en que más cuidado se da al propio cuerpo, a sus características y a su desarrollo, a sus semejanzas y diferencias respecto al propio cuerpo y al de los demás. Es diferente el impacto que provoca una maduración física sobre hombres y mujeres, lo importante no es el momento en que se produce tal maduración sino la relación de las variables en las que se produce este fenómeno en las personas.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación se clasifica como cuantitativa, se basa en el modelo descriptivo, utilizando información cuantificable para describir el tema de estudio con uso de una estructura lógica. Se deben de plantear objetivos, el problema de la investigación y una revisión bibliográfica adecuada.

La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables. Los resultados de estos datos se utilizan para responder la hipótesis planteada. Trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables mediante mediciones estadísticas.⁽³¹⁾

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de tipo correlacional debido a que determina el grado de relación entre dos o más variables. No pretende dar una explicación completa de la causa, sino que relaciona la causa con el efecto.

En el método correlacional se pueden identificar las relaciones que existen entre dos o más variables, se observan las variaciones que ocurren espontáneamente en ambas para indagar si surgen juntas o no.

Mediante cálculos estadísticos se miden los factores para relacionarlos entre si dentro de una población establecida. Al comprobar que un hecho influye se dice que existe correlación entre ellos. Se destaca que no conduce a identificar directamente la causa- efecto pero si se utiliza para sospecha.⁽³¹⁾

3.3 UNIDAD DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

El estudio es llevado a cabo en el Colegio México en el distrito El Carmen, Barrio Aranjuez en la provincia de San José.

3.3.1 Población

La población corresponde a 556 estudiantes de secundaria del Colegio México en San José, entre las edades de 13 a 18 años.

3.3.2 Muestra

Se realiza la investigación con una muestra no probabilística por conveniencia, las cuales se definen como:

En la muestra no probabilística, las muestras se recogen en un proceso que no brinda a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados. Mientras que por conveniencia significa que las muestras son seleccionadas porque son accesibles para el investigador y fáciles de reclutar. ⁽³¹⁾

A pesar de que se clasifica así, se tuvo obtuvo una baja accesibilidad debido a horarios, permisos y la obtención de consentimientos informados sin firmar por los padres de familia. Se le entrego a toda la población el consentimiento informado pero solamente se pudieron realizar 226 encuestas que representan el 40,6% de la población (226 estudiantes), las cuales cumplían con los criterios de inclusión para la investigación.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

- **Criterios de inclusión:**

1. Ser estudiante activo en el Colegio México.
2. Asistir en horario diurno durante el periodo de la investigación.
3. Contar con el consentimiento informado firmado por el tutor para ser parte de la investigación.
4. Encontrarse dentro de las instalaciones del Colegio México durante la realización del instrumento.

- **Criterios de exclusión**

1. No estar en estado gestacional, en lo que respecta a las estudiantes de dicha institución.
2. Encuestas que no cuenten con toda la información solicitada.
3. Encuestas con letra ilegible.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.4.1 Validez del cuestionario

Para la validez del inventario de depresión de Beck (BDI-II) según una revisión del tema se denota lo siguiente: “En lo que se refiere a la estructura interna, se realizaron análisis factoriales exploratorios en los que se replicaron los resultados de estudios factoriales en población clínica

realizados por los autores de la prueba, obteniéndose dos factores: una dimensión somática (pérdida de energía, fatiga, pérdida de placer e interés, cambios en el patrón del sueño, etc) y un factor cognitivo (autocríticas, insatisfacción con uno mismo, inutilidad, pensamientos o deseos de suicidio, etc). Dada la alta asociación entre ambos factores, es razonable considerar que la prueba mide un factor dominante de gravedad de la depresión.”⁽³²⁾

Este inventario va de la mano con el DSM IV, por lo cual evalúa de forma completa los síntomas de depresión. No discrimina subtipos de trastornos depresivos, sino el grado de severidad de depresión y discrimina entre pacientes con y sin trastorno depresivo.

Ha demostrado tener una sensibilidad de 0.95, lo que indica que va a identificar el 95% de los pacientes deprimidos como deprimidos. De la misma forma, tiene una especificidad de 0.90, lo que indica que identifica correctamente aproximadamente el 90% de los individuos deprimidos como no deprimidos. ⁽³³⁾

Su poder predictivo positivo es 0.50, lo que indica que aproximadamente el 50% de los individuos identificados como deprimidos realmente están deprimidos, mientras que su poder predictivo negativo es 0.99, lo que indica que el 99% de los individuos identificados como no deprimidos realmente no están deprimidos. ⁽³³⁾

3.4.2 Confiabilidad del cuestionario

Se realizó en el país un estudio ⁽³³⁾ para la adaptación del inventario a la población se obtuvieron los siguientes resultados: El coeficiente alfa de Crombach es de un 0.92 para el grupo de pacientes y 0.93 para el grupo de estudiantes. Siendo como resultado que presentan una alta correlación de

los ítems de la prueba entre sí, siendo suficiente para garantizar la fiabilidad de la escala al relacionar los coeficientes obtenidos de las diferentes muestras.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se clasifica como una investigación con diseño: observacional, descriptivo, transversal de prevalencia.

El diseño observacional descriptivo, como su nombre lo indica, el investigador no manipula las variables de exposición y se limita a observar, describir y analizar condiciones relacionadas con la salud de las poblaciones, incluyen los estudios de prevalencia que son de corte transversal que solamente cuantifican la proporción de individual en la población que presentan la enfermedad o condición en un momento en específico. No se sigue a los pacientes en el tiempo, solamente se observan y se relacionan. ⁽³⁴⁾

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Instrumento	Fuente de información
✓ Caracterizar la población de estudio según edad, sexo y año que cursan en el colegio.	Edad Sexo Año que cursan	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. Año de enseñanza media que cursa en la actualidad para continuar con los estudios superiores.	*13 años *14 años *15 años *16 años *17 años *18 años *Masculino *Femenino *Séptimo año *Octavo año *Noveno año *Décimo año *Undécimo año	Inventario de depresión de Beck BDI - II	Estudiantes del Colegio México
✓ Identificar a los estudiantes del Colegio	Depresión	Período de al menos 2 semanas con estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.	*Leve *Moderado *Severo	Inventario de depresión de Beck BDI - II	Estudiantes del Colegio México

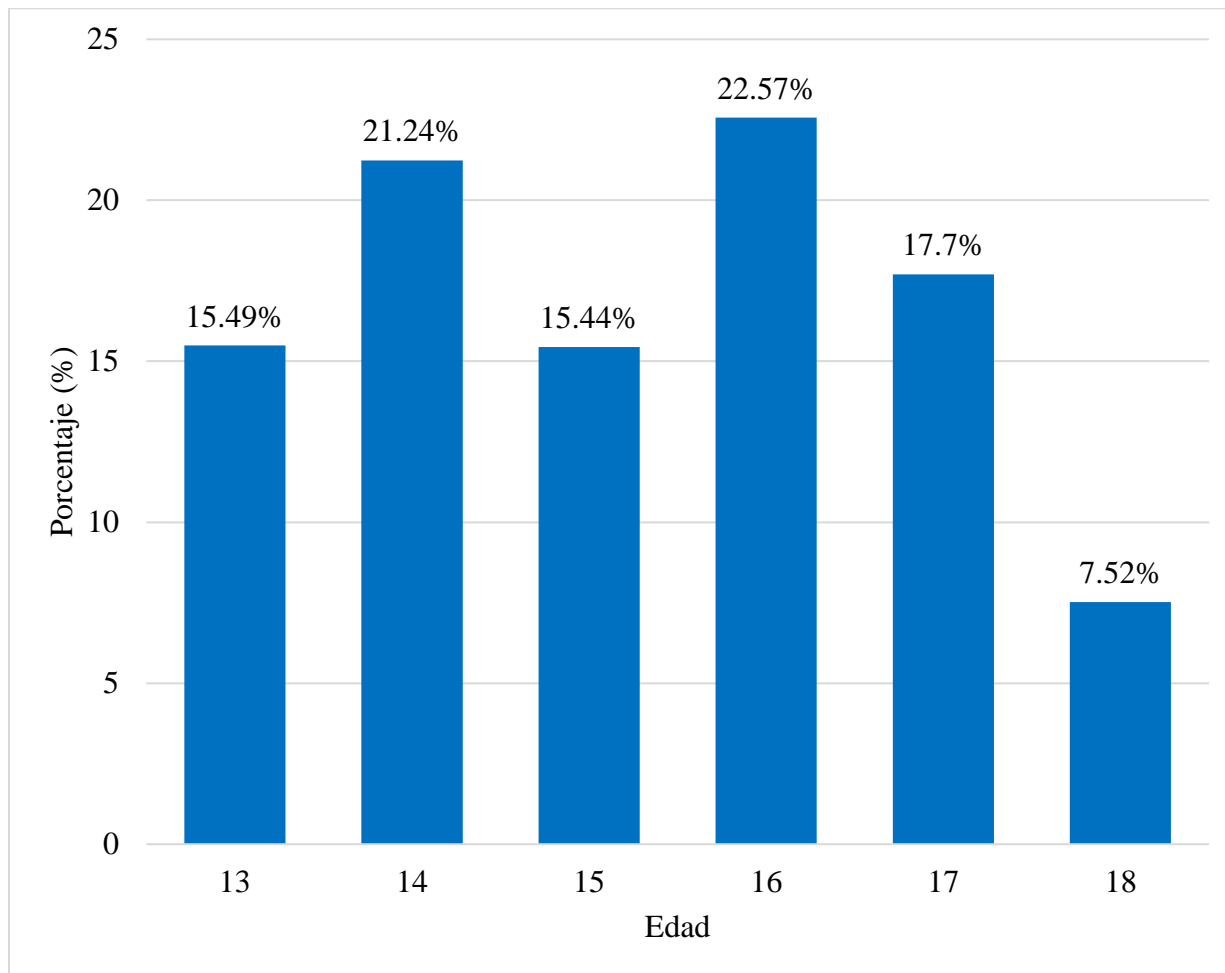
México, entre los meses marzo y abril del 2017 con síntomas depresiv os y sus grados según el inventari o de depresió n de Beck.					
---	--	--	--	--	--

✓ Relacionar los principales factores de riesgo (año que cursa, consumo de tabaco-alcohol-drogas, familia y violencia intrafamiliar) con la sintomatología depresiva en los adolescentes del Colegio México.	Año que cursa	Año de enseñanza media que cursa en la actualidad para continuar con los estudios superiores..	*Séptimo *Octavo *Noveno *Décimo *Undécimo.	Inventario de depresión de Beck BDI - II	Estudiantes del Colegio México
	Fumado	Aspirar y despedir el humo del tabaco.	*Si *No		
	Alcohol	Consumo de sustancia psicoactiva que podría asociar dependencia.	*Si *No		
	Drogas	Sustancia que se introduce en el organismo y que produce alguna alteración del funcionamiento natural del sistema nervioso central y es susceptible a crear dependencia.	*Si *No		
	Familia	Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas.	*Tradicional *Monoparental *Otro		
Violencia intrafamiliar	Acción y efecto de violentar o violentarse dentro de la familia	*Si *No			

Fuente: Elaboración propia, abril, 2017

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

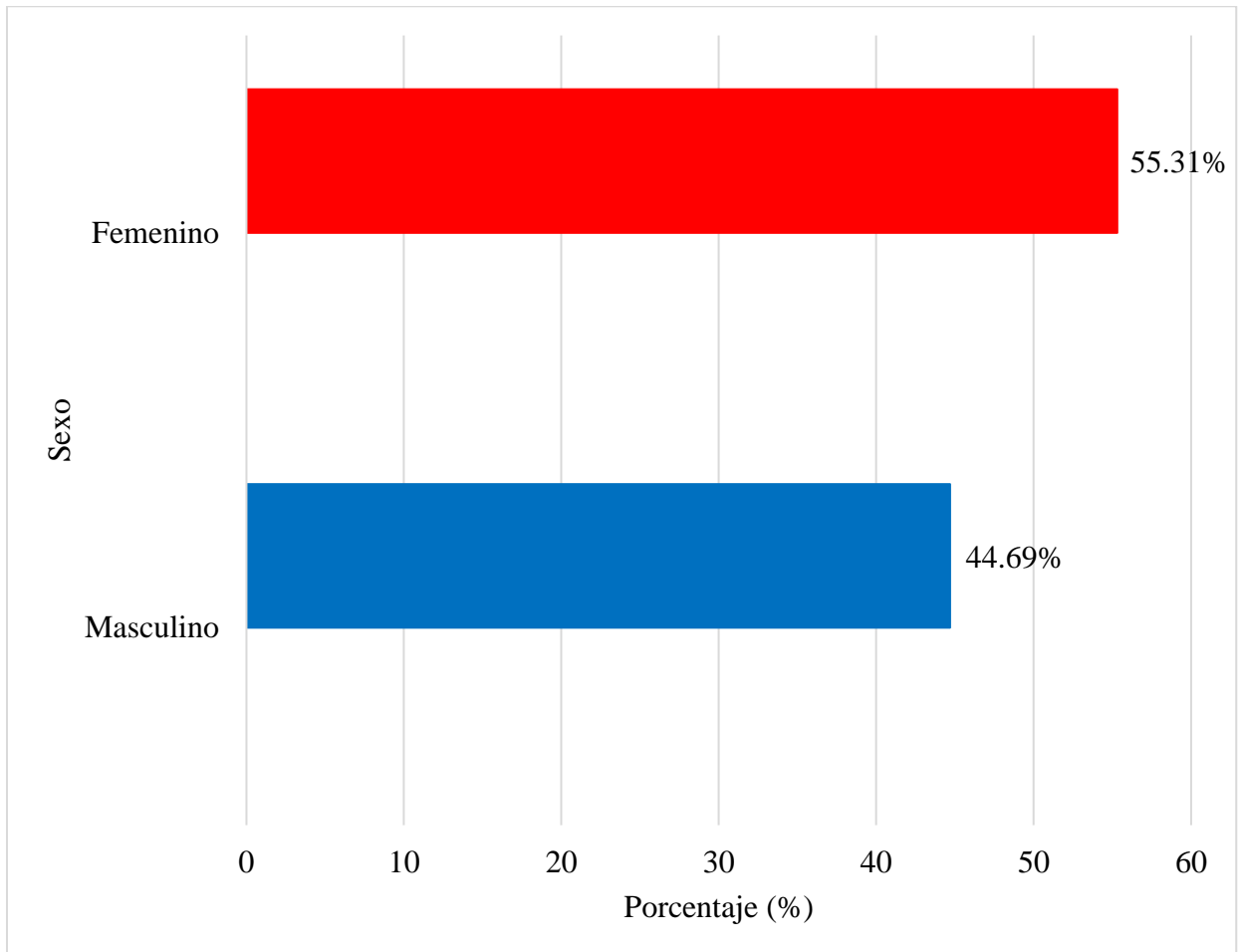
Gráfico N° 1 Clasificación según edad en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017.



Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

En el gráfico N° 1 se describen las cifras por edad de los estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017. En el gráfico se puede observar y comparar, que la mayor población se encuentra en la edad de 16 años con un total de 51 estudiantes (22, 57%), en segundo lugar los de 14 años con un total de 48 estudiantes para un 21, 24%. La menor cantidad de estudiantes encuestados se presentó en los de 18 años con un total de 17 (7,52%).

Gráfico N° 2 Clasificación según sexo en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017

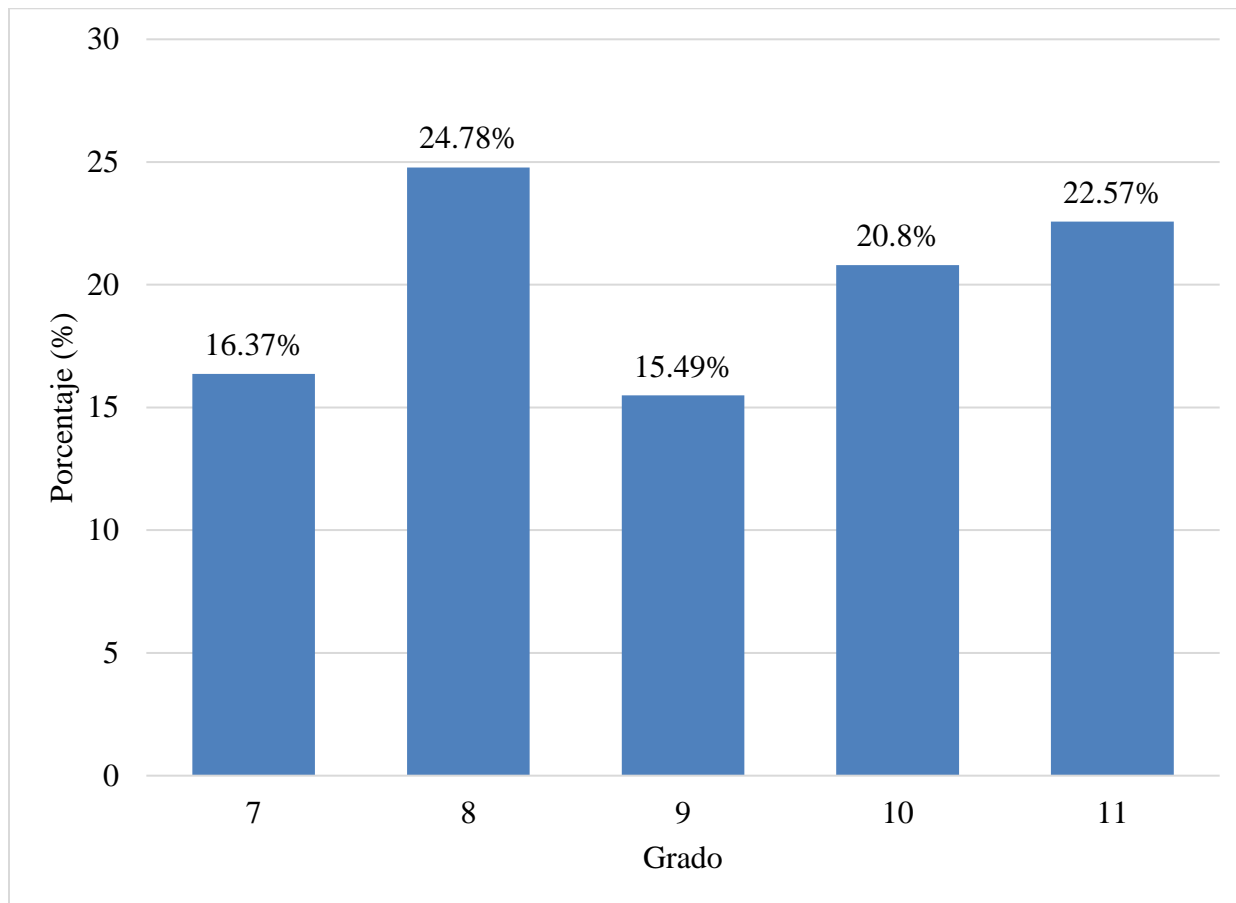


Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

En el gráfico N°2 se observan las cifras de estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según sexo. Se observa para el sexo femenino, en color rojo, un porcentaje de 55,31% para un total de 125 estudiantes.

Mientras que para el sexo masculino se representa con un porcentaje de 44,69% para un total de 101 estudiantes que realizaron la encuesta.

Gráfico N° 3 Clasificación según grado que cursan en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017



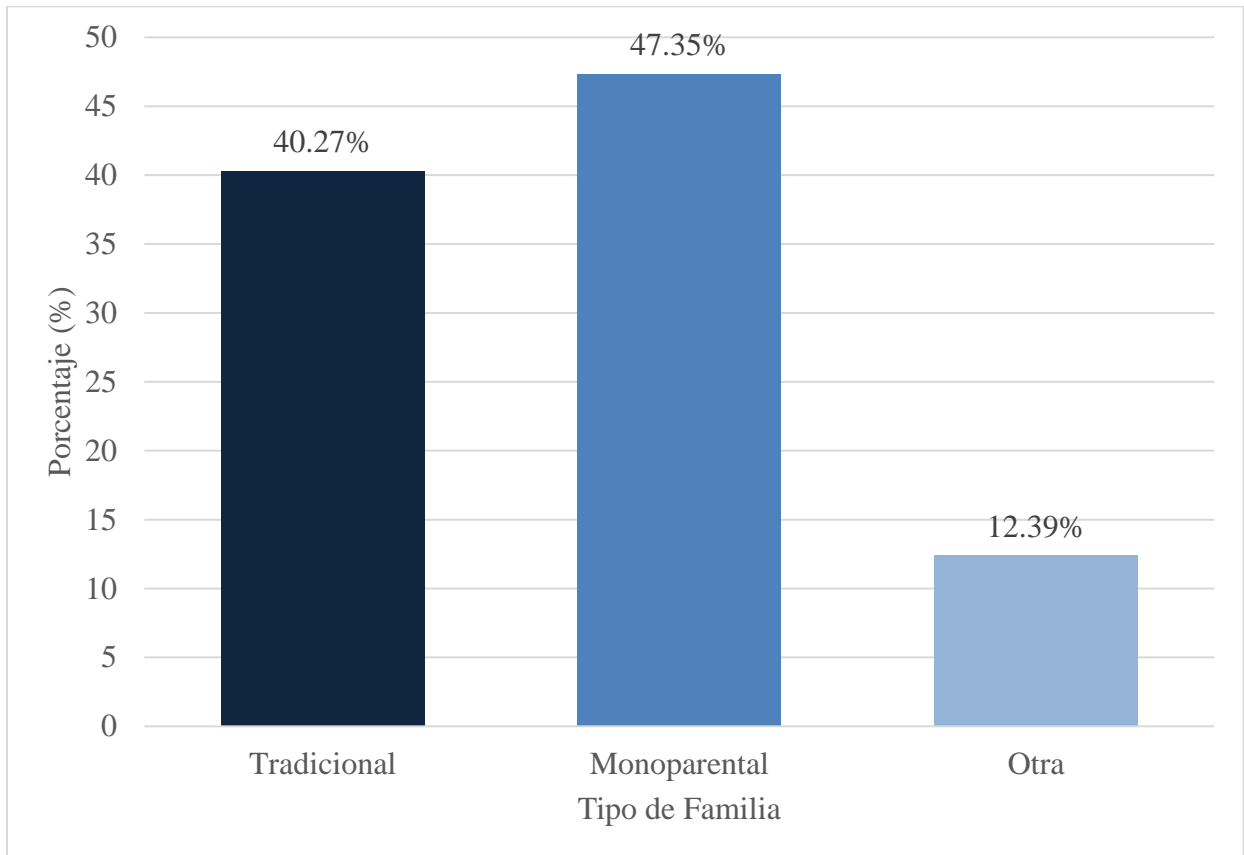
Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

Para el gráfico N° 3 se observan los datos de estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según grado. El de mayor porcentaje se encuentra en octavo año para un total de 56 estudiantes (24,78%).

En segundo lugar el undécimo año con un total de 51 estudiantes encuestados para un 22,57% de la población.

En menor cantidad para la variable de escolaridad está el noveno año con 35 estudiantes 15,49%.

Gráfico N° 4 Clasificación según tipo de familia en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017

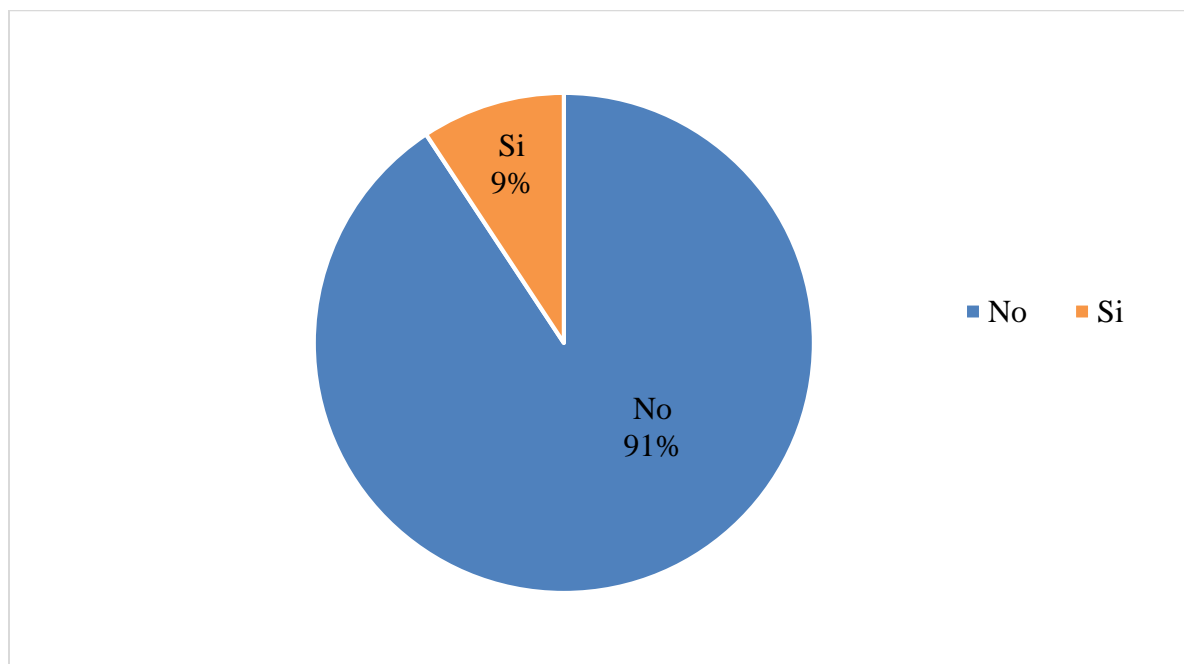


Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

En el gráfico N°4 se evidencia a los estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo-abril del 2017, según el tipo de familia. Se distribuyó en tres grupos: Tradicional, monoparental y otra.

La familia monoparental alcanzó un total de 107 encuestas con un porcentaje de 47,35% colocándose en el primer puesto, a continuación se muestra a las familias tradicionales para un total de 91 (40,27%). En último lugar la familia en la categoría de otra con un total de 28 encuestas y un porcentaje de 12,39% siendo la menor cantidad.

Gráfico N° 5 Clasificación según consumo de tabaco en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017

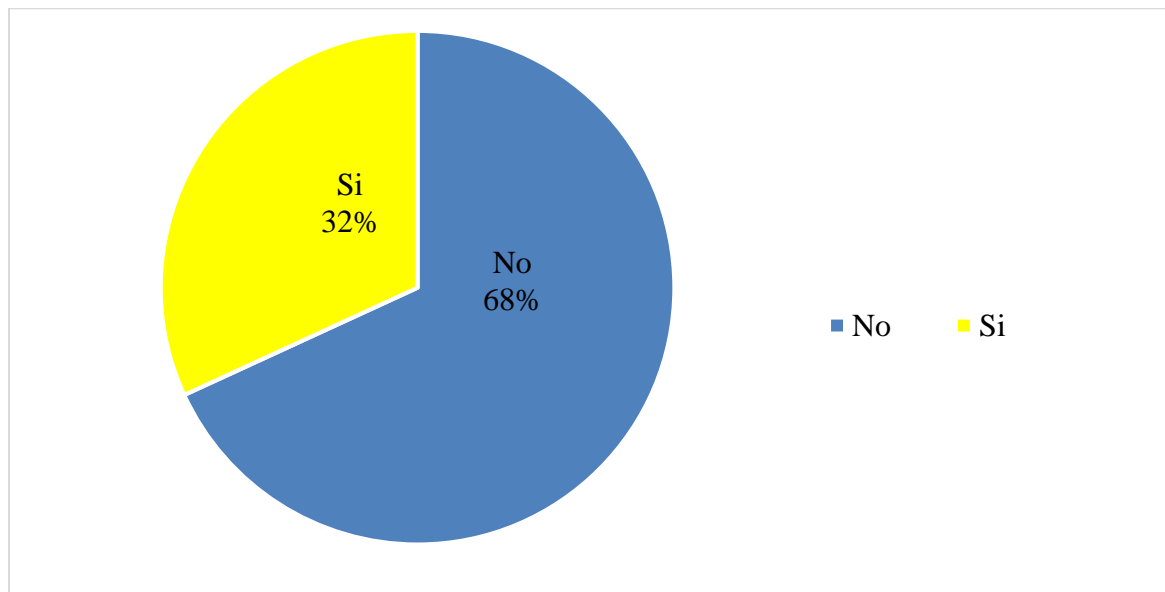


Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

En el gráfico N°5 se observa según consumo de tabaco a los estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017. Del total de la población entrevistada se obtuvieron los siguientes datos: 205 personas negaron el consumo de tabaco en los últimos 3 meses para un porcentaje de 90,71%, siendo la mayor cantidad de la población.

Un total de 21 encuestados aceptaron haber consumido tabaco en los últimos 3 meses (9.29%).

Gráfico N° 6 Clasificación según consumo de licor en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017

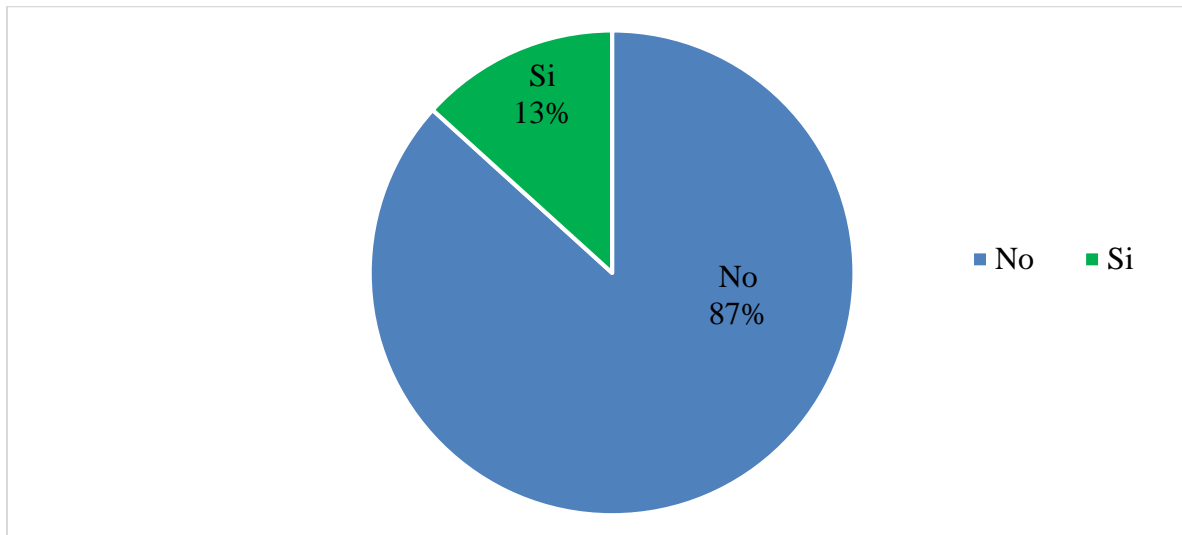


Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

En el gráfico N° 6 se evidencia el consumo de licor por parte de los estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017. Para la pregunta acerca del consumo de licor en los últimos tres meses se obtuvieron las siguientes respuestas:

En los últimos tres meses 154 estudiantes negaron el consumo de licor (68,14%) y un total de 72 estudiantes aceptaron el consumo (31,86%).

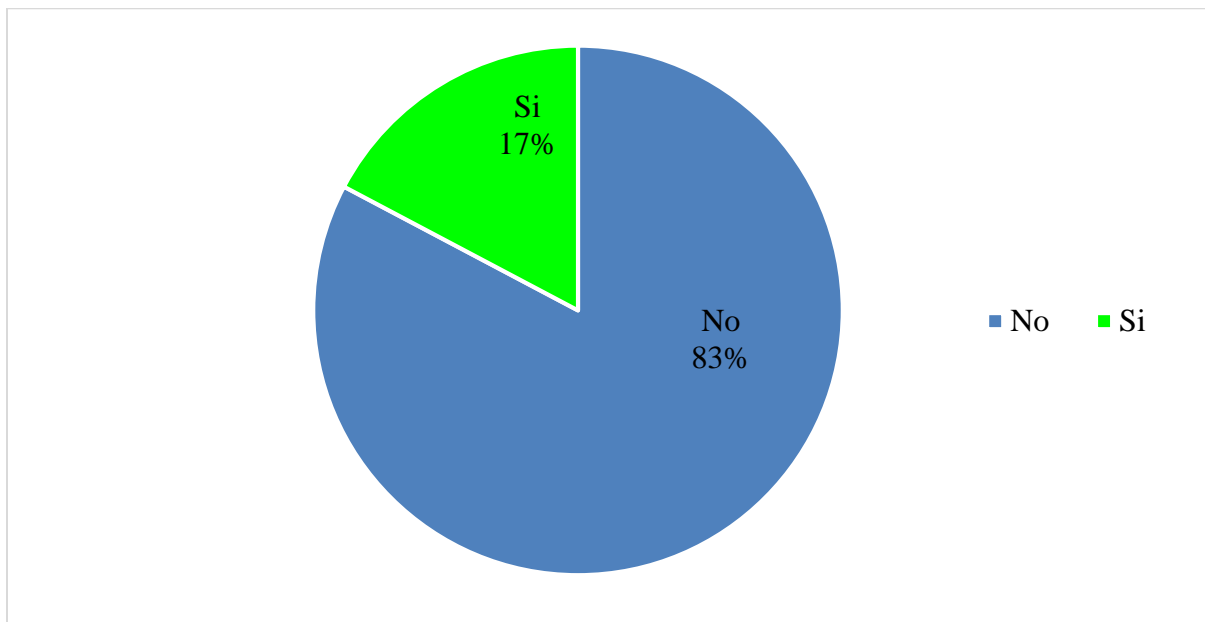
Gráfico N° 7 Clasificación según consumo de drogas en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017



Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

El gráfico N°7 se demuestran los estudiantes del Colegio México que consumen drogas y los que no consumen drogas. La mayor cantidad de estudiantes negaron el consumo de drogas con un total de 196 (86,73%), mientras que un total de 30 adolescentes (13,27%) aceptaron el consumo, siendo la minoría.

Gráfico N° 8 Clasificación según percepción de violencia intrafamiliar en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017

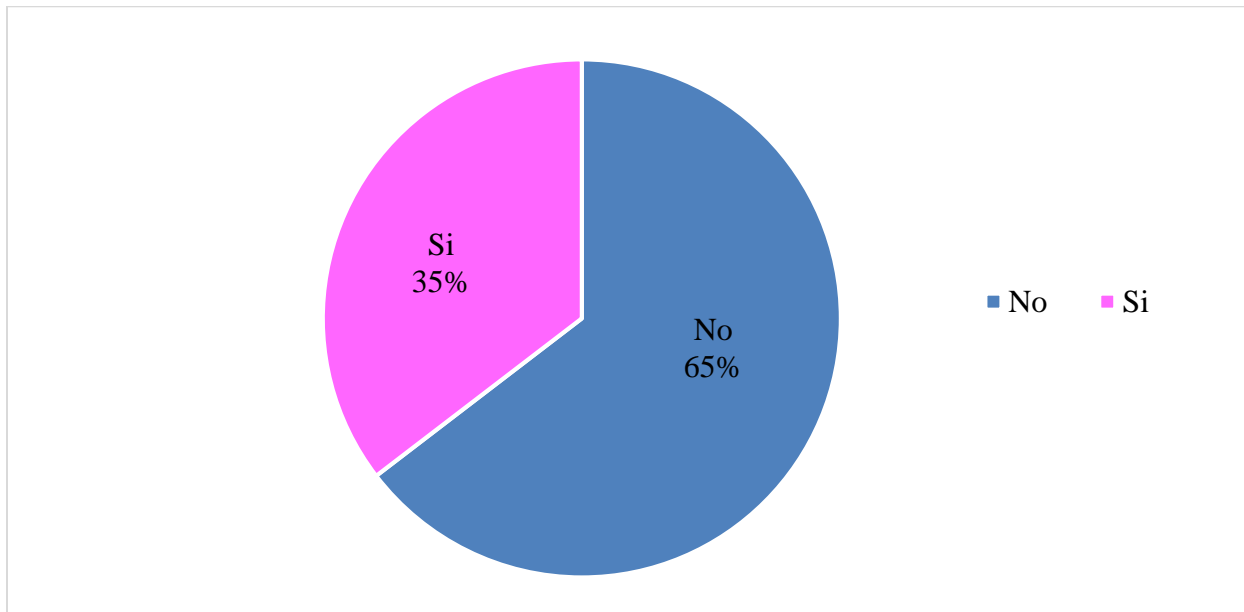


Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

En el gráfico N°8 se evidencia la percepción de violencia intrafamiliar según los estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017. Se aprecia que la mayor cantidad de población niega la percepción de violencia intrafamiliar para un total de 187 estudiantes (82,74%).

Los que indicaron percepción positiva de violencia intrafamiliar son la minoría con un 17% que representa a 39 estudiantes.

Gráfico N° 9 Clasificación según sintomatología depresiva en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017

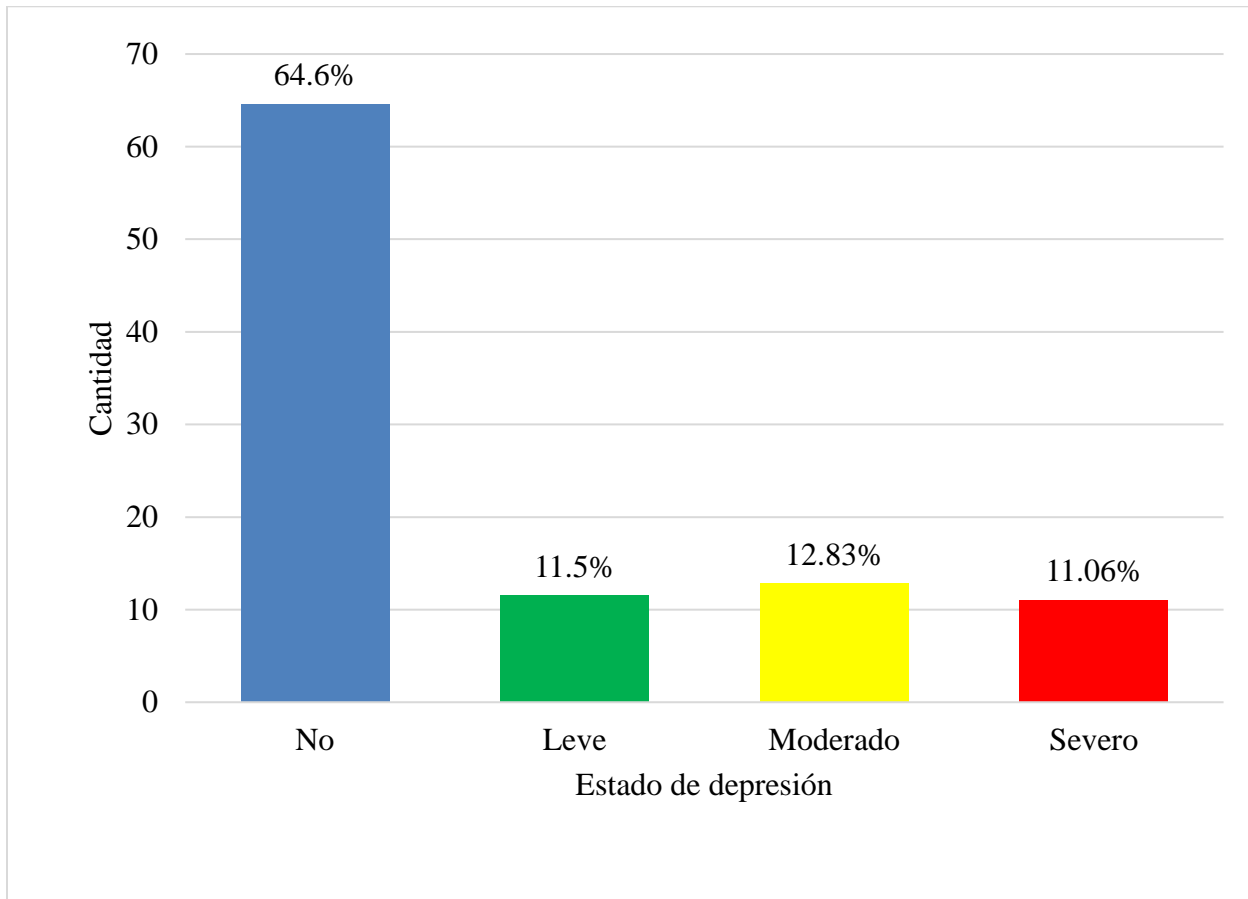


Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

Para el gráfico N°9 según la presencia de síntomas depresivos en los estudiantes del Colegio México por medio de la aplicación del inventario de depresión de Beck (BDI-II) los resultados indican que el 64,6% de la población estudiantil no presentan síntomas depresivos (total: 146 estudiantes).

Con síntomas depresivos positivos se encuentra un total de 80 estudiantes restantes, los cuales representan el 35,4% de los encuestados.

Gráfico N° 10 Clasificación según grado de depresión en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017



Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

En el gráfico N°10 se evidencia el grado de depresión en los alumnos del Colegio México, la mayor cantidad de estudiantes no presenta síntomas de depresión, 64,6%.

Dentro del gráfico se encuentra que encuentra que el mayor porcentaje de deprimidos lo tiene el grado moderado (12,83%). Los grados leve y severo presentan porcentajes muy similares, 11,5% y 11,06% respectivamente. Prevalece el grado moderado dentro de los resultados.

Tabla N° 8 Clasificación según grado de depresión en la población estudiantil del Colegio México en el período de marzo- abril del 2017

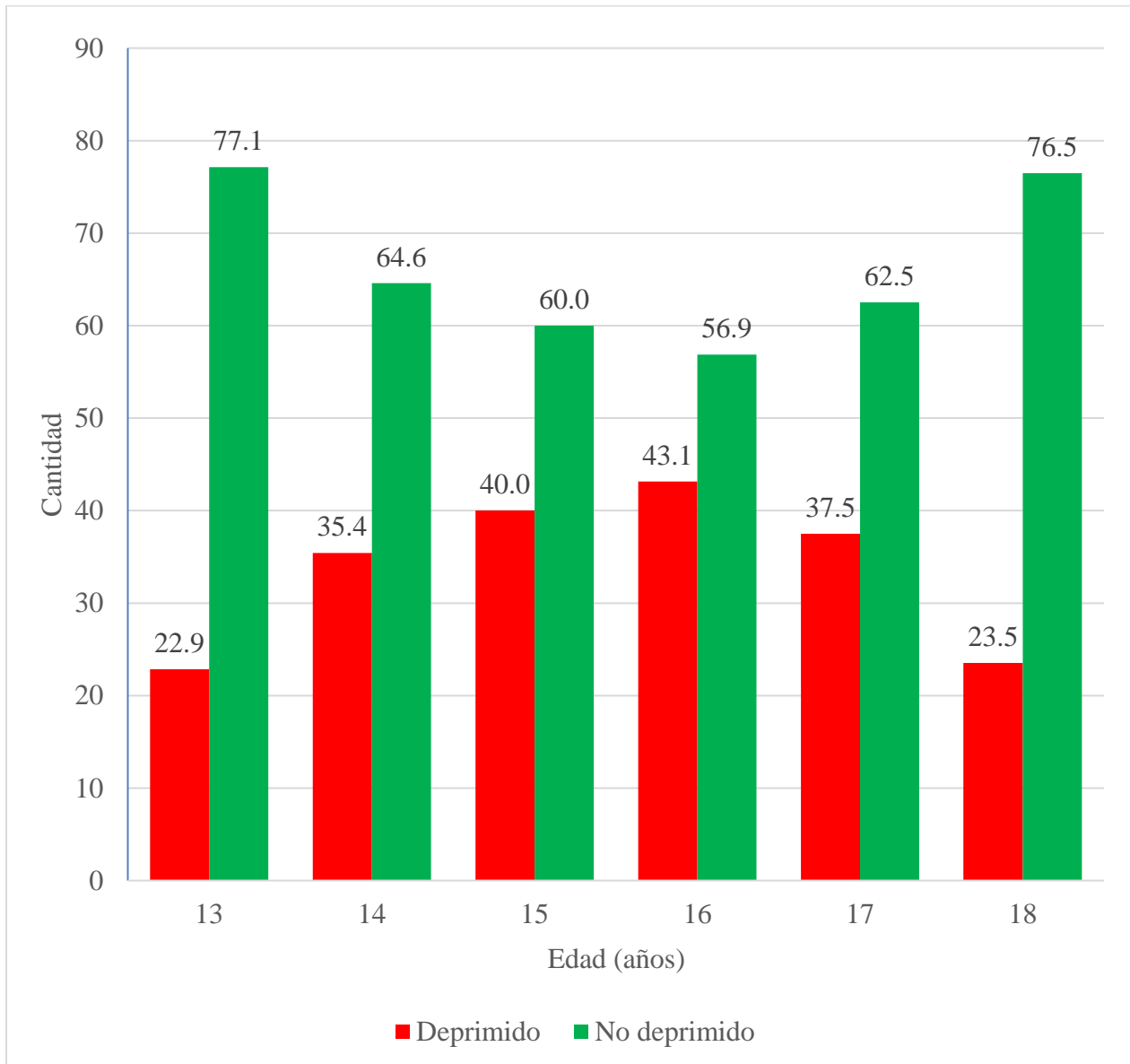
Estado depresión	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	146	64,6
Leve	26	11,5
Moderado	29	12,83
Severo	25	11,06
Total	226	100.00

Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

En la tabla N°8 se muestran los estudiantes del Colegio México según grado de depresión, se aprecia que un total de 146 estudiantes no presentan depresión.

Como se observa en el gráfico N°10, dentro de los que si presentaron depresión, la mayor cantidad le pertenece al grado moderado con 29 estudiantes y la menor cantidad le pertenece al grado severo con 25 estudiantes.

Gráfico N° 11 Estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación de edad y síntomas depresivos

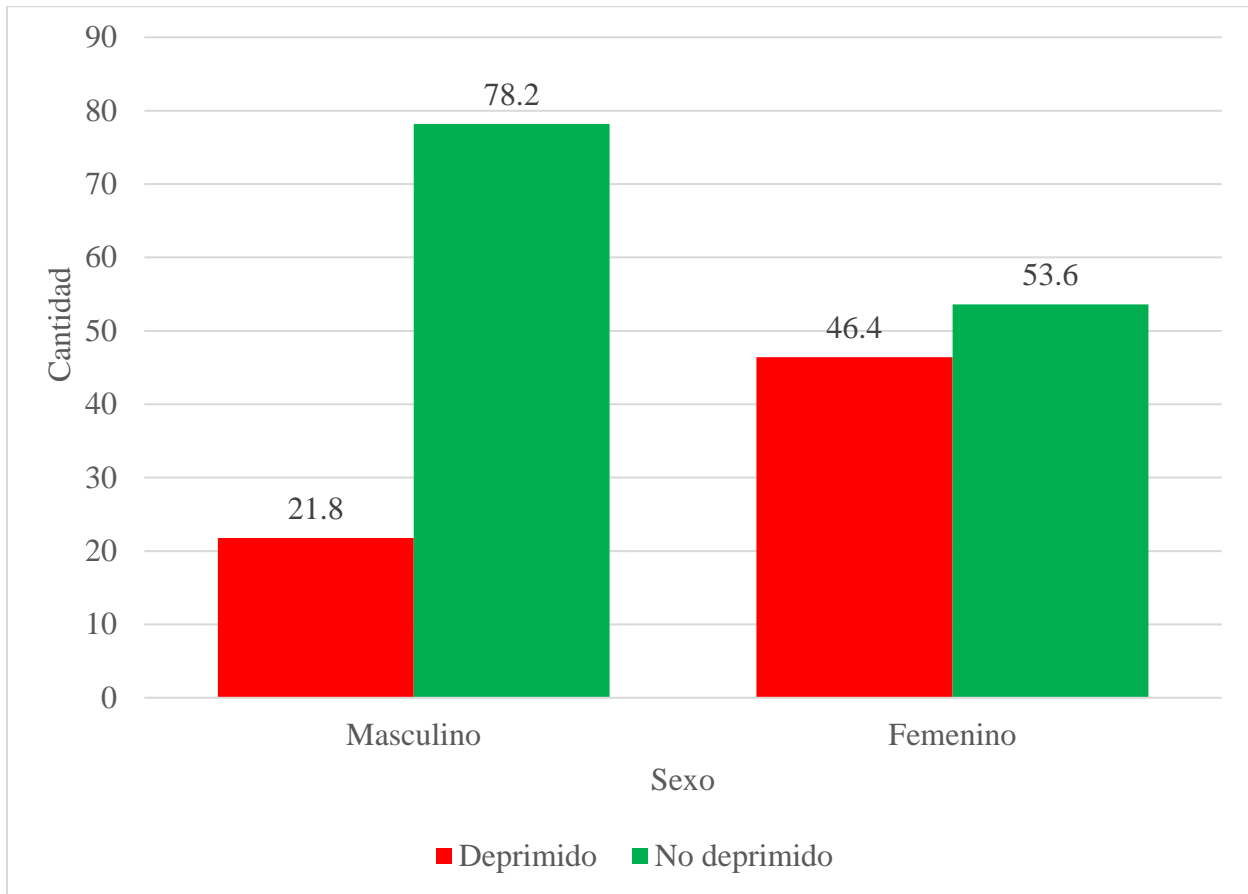


Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

En el gráfico N°11 se demuestra la relación de la edad con síntomas depresivos. Dentro del grupo de los no deprimidos, ya se conoce que es la mayor cantidad de la población, se aprecia que la edad con mayor prevalencia fue la de 13 años con un 77% y la de menor fue la edad de 16 años con un 57%.

Para los que si presentaron depresión se observa que la edad con mayor presencia de síntomas depresivos fue la de los 16 años con un 43% y las edades con menos síntomas depresivos son la edad de 13 años con un 23% y la edad de los 18 años con un 24%.

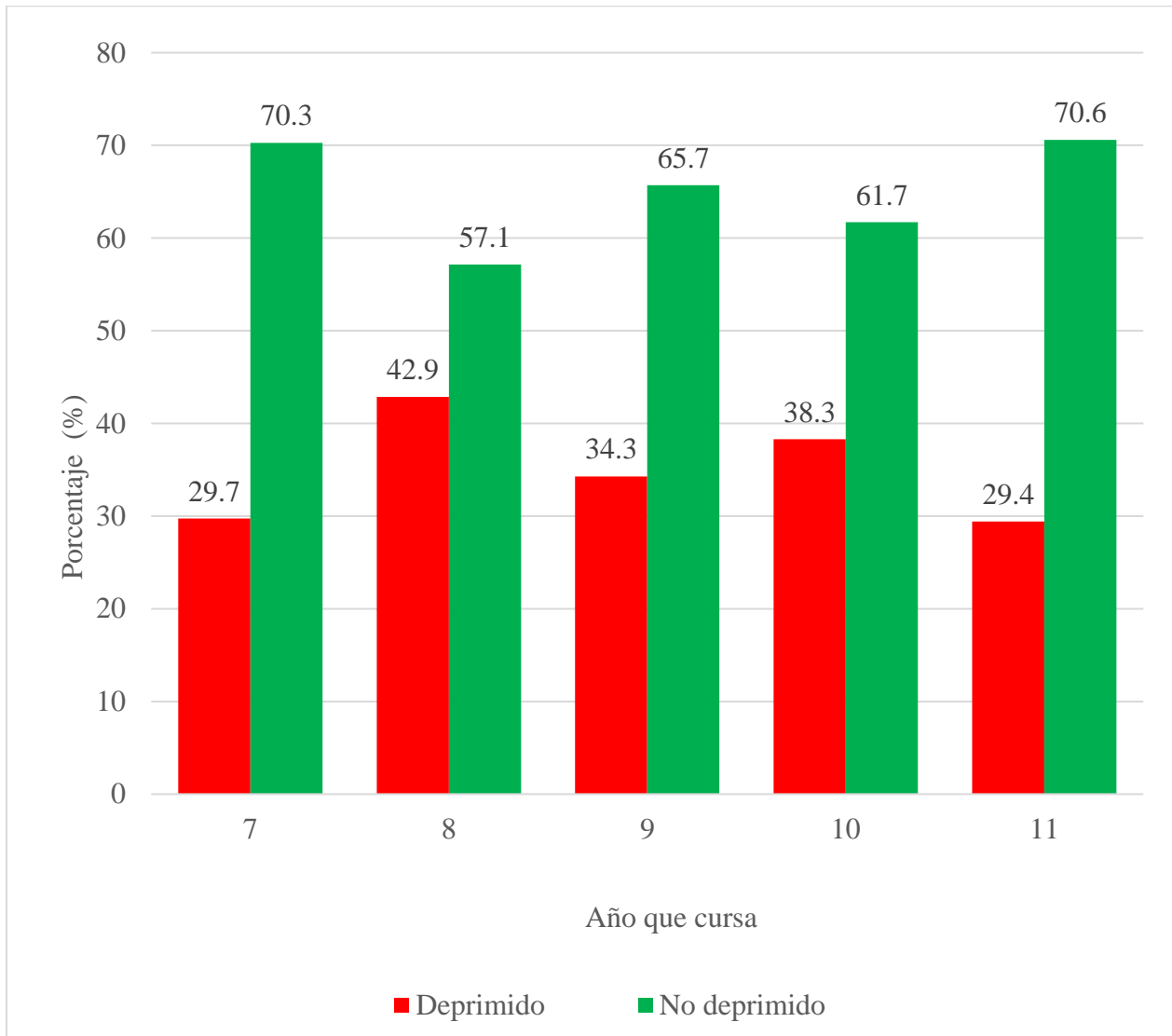
Gráfico N° 12 Estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación sexo y síntomas depresivos



Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

En el gráfico N°12 se aprecia la relación del sexo con los síntomas de depresión en estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017. Se puede observar que el sexo femenino es el que presenta mayor depresión con un porcentaje de 46%. Mientras que el sexo masculino deprimido cuenta con tan solo 22%, es decir un 24% menos que el sexo femenino.

Gráfico N° 13 Estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación de año que cursa y síntomas depresivos

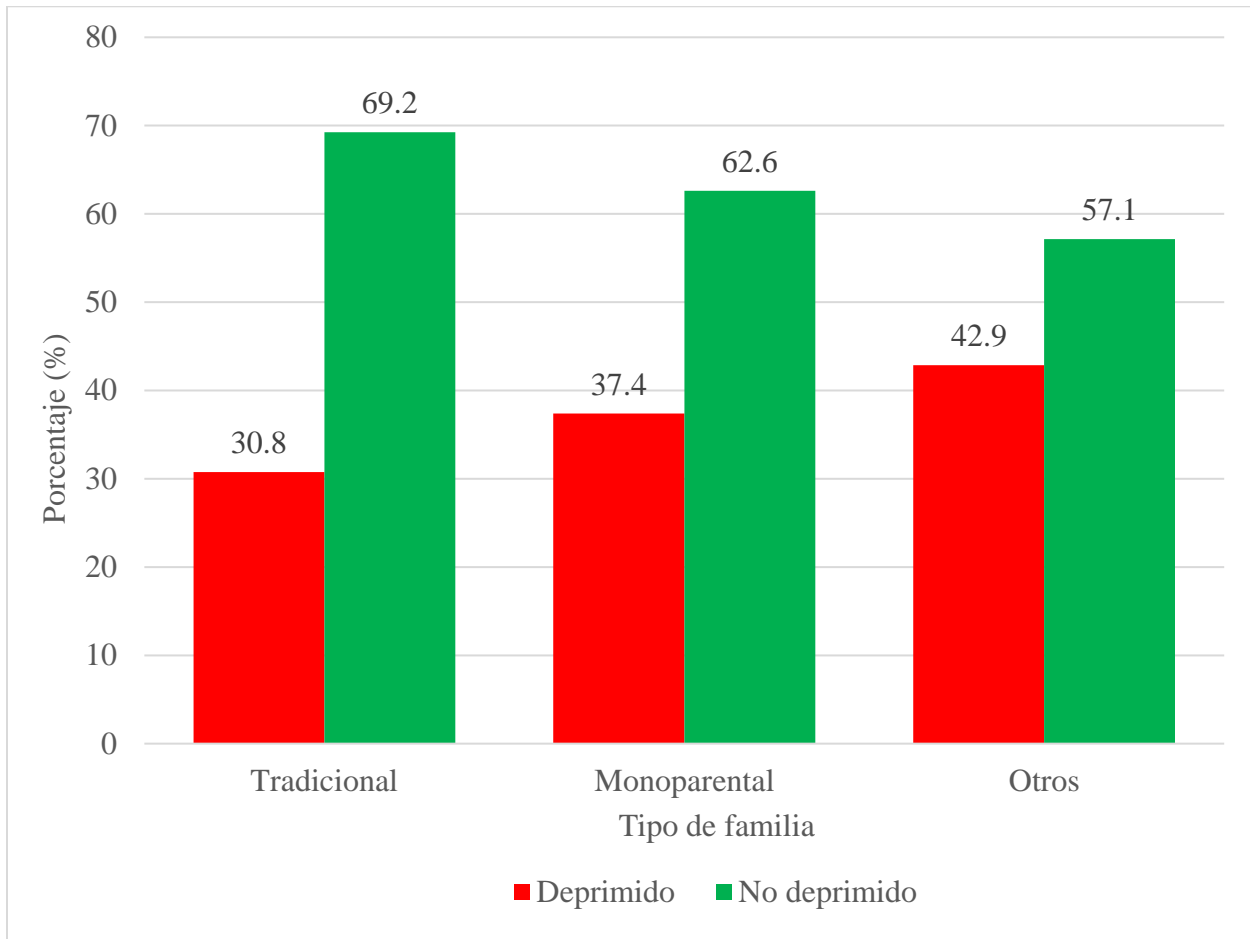


Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

Gráfico N°13 se describen a los estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación de año que cursa con la presencia de síntomas depresivos. La mayor cantidad de estudiantes deprimidos se encuentran en el octavo año con un porcentaje de 43%. La menor cantidad de alumnos con síntomas depresivos son los de undécimo año (29%). El segundo porcentaje más alto en deprimidos coincide con el décimo año con un 38%.

En los pacientes sin depresión es lo opuesto, en el quinto año (71%) y el menor porcentaje se muestra en el octavo año (57%).

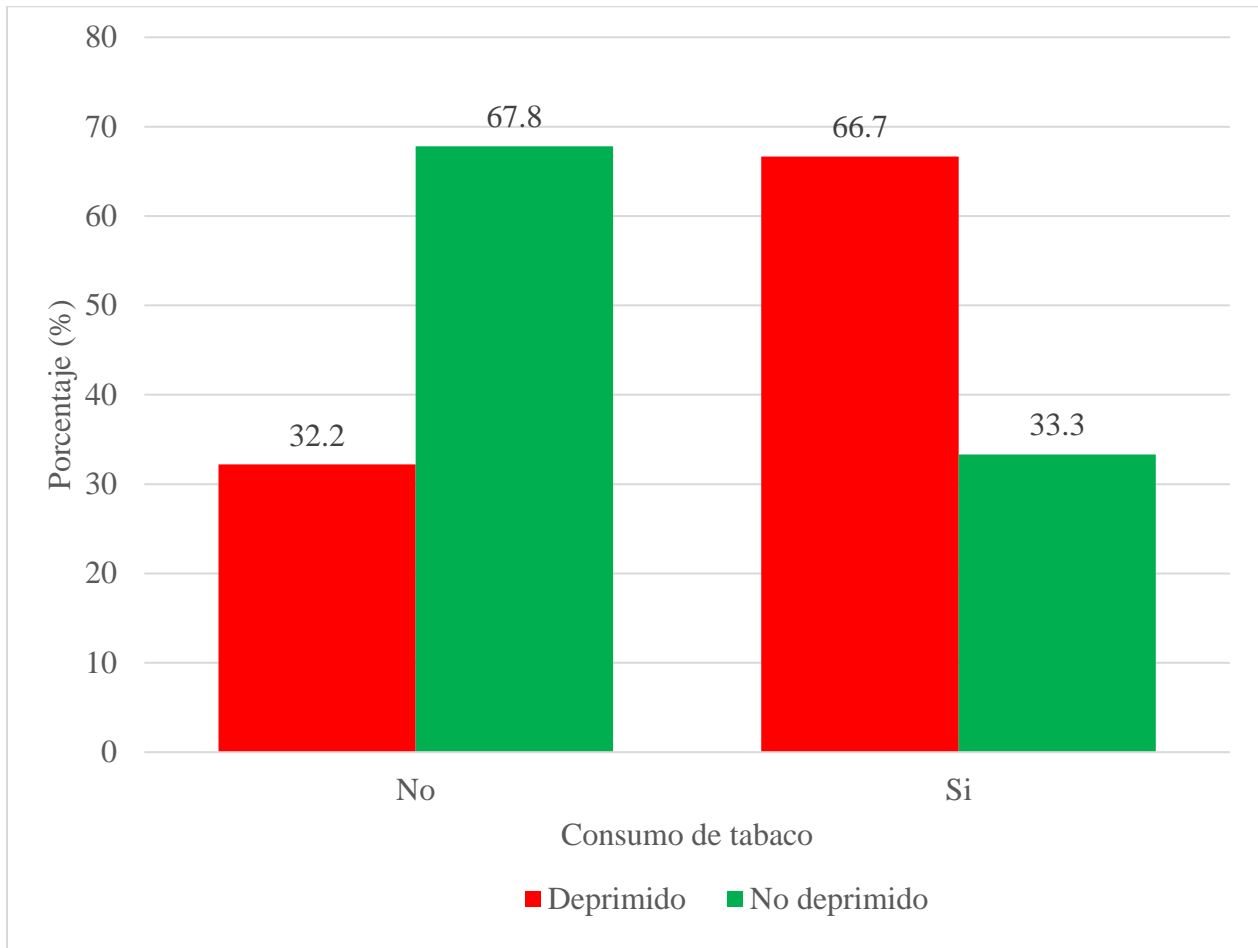
Gráfico N° 14 Estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación del tipo de familia y síntomas depresivos



Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

En el gráfico N°14 se muestra a los estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo-abril del 2017, según la relación del tipo de familia y síntomas depresivos. Se muestra que las personas mayormente deprimidas pertenecen a otro tipo de familia (43%). Los menos deprimidos conviven con una familia tradicional para un porcentaje de 69%. La familia monoparental presenta porcentajes de 37% para deprimidos y los que no presentan depresión se representan con un 63%.

Gráfico N° 15 Estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación del consumo de tabaco y síntomas depresivos



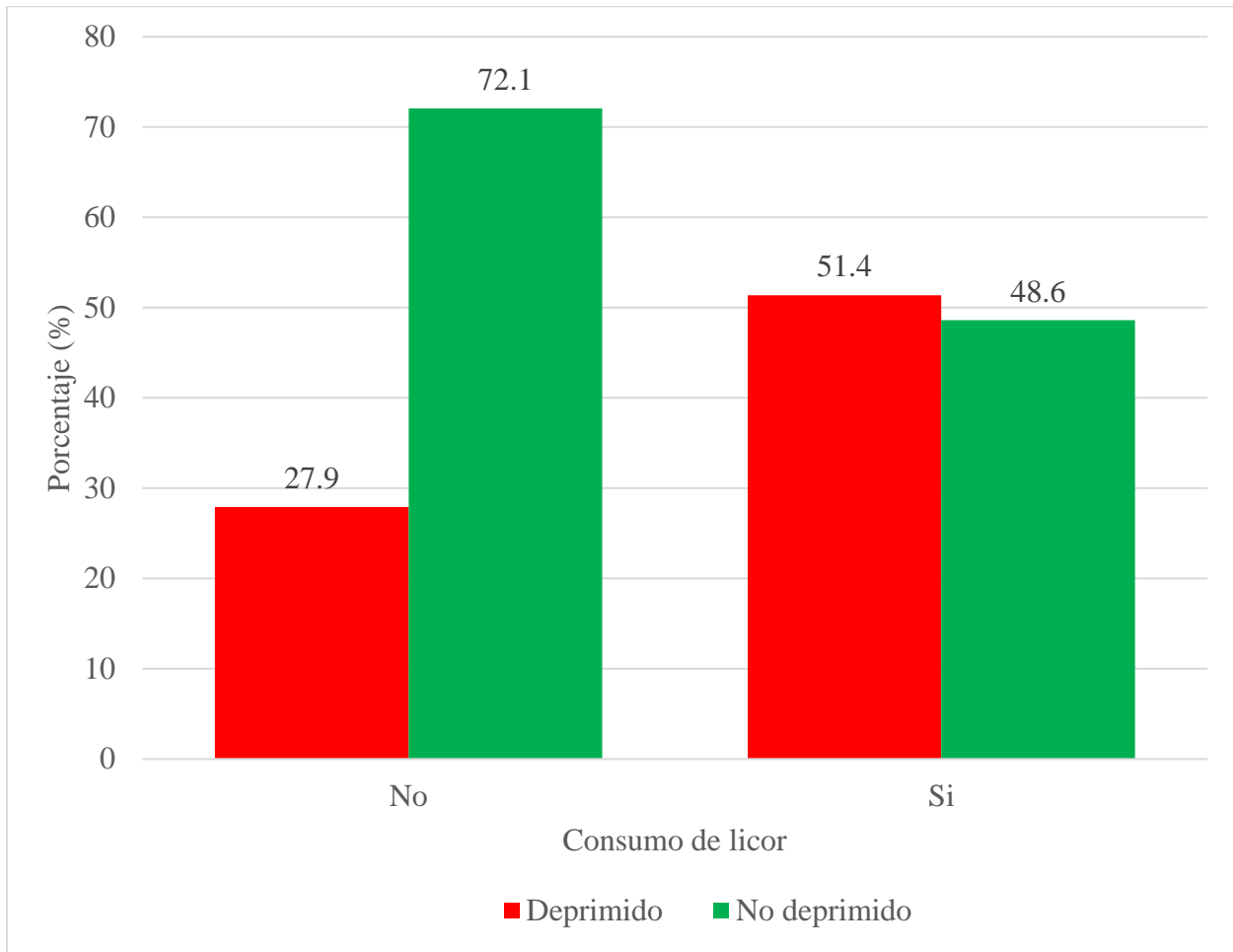
Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

Con el gráfico N°15 se evidencia la relación del consumo de tabaco y síntomas depresivos en estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017.

Las personas que aceptaron el consumo de tabaco en los últimos tres meses y que si presentaron síntomas de depresión son la mayor cantidad, se representa con un 67%. Los estudiantes que no aceptaron el consumo de tabaco solamente el 32% presentaron síntomas depresivos.

Con respecto a las personas no deprimidas indicaron que un 68% no consumieron tabaco, y los que si representan un 33%. Se podría interpretar que hay una mayor relación entre el consumo de tabaco y la depresión.

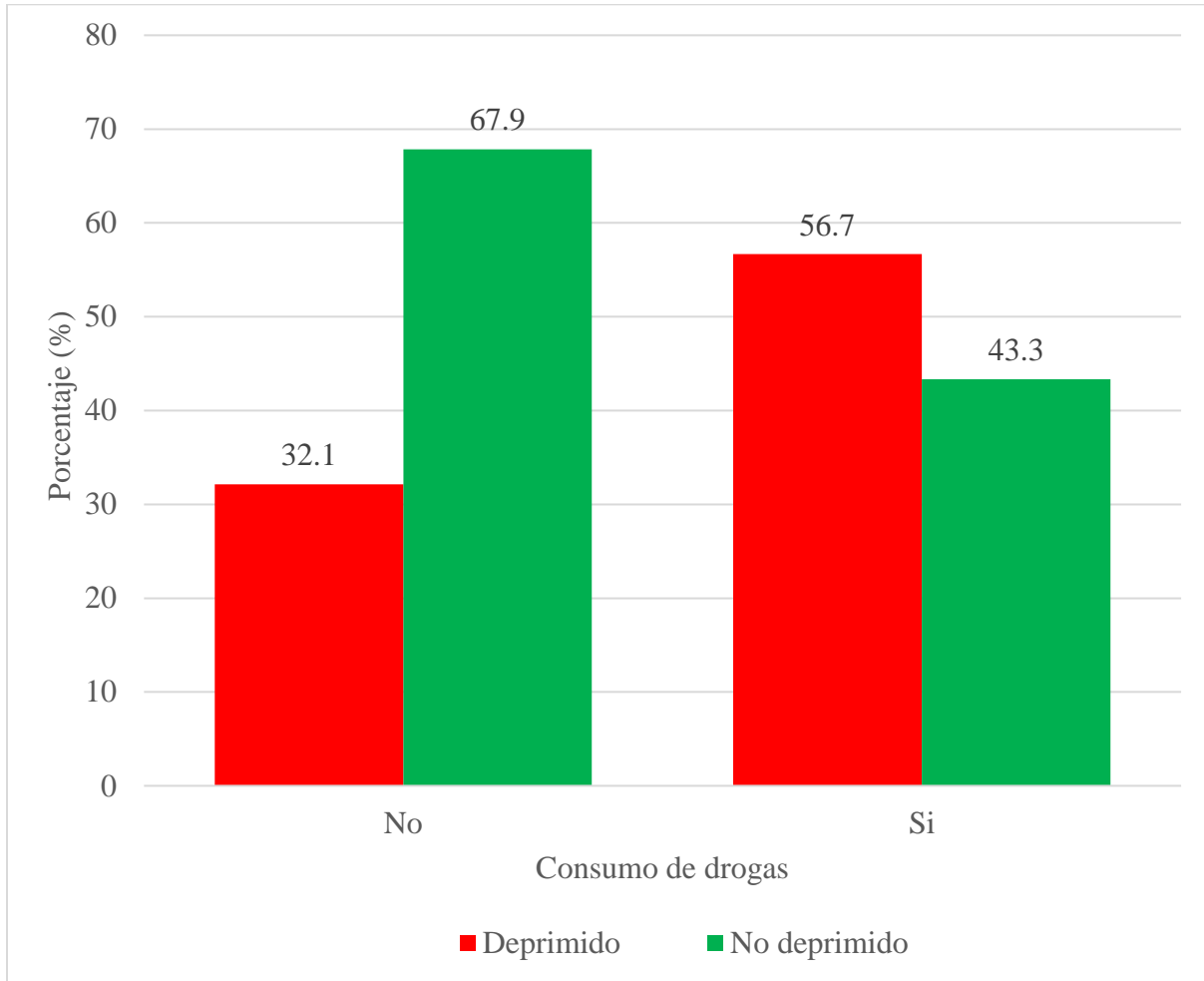
Gráfico N° 16 Estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación del consumo de licor y síntomas depresivos



Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

El gráfico N° 16 muestra a los alumnos del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017 según la relación del consumo de licor y los síntomas depresivos, se puede apreciar que los no deprimidos se representan con un 72% y los deprimidos con un 28% no consumieron licor en los últimos tres meses. Mientras que los deprimidos que si consumieron representa un 51% y los no deprimidos un 49%.

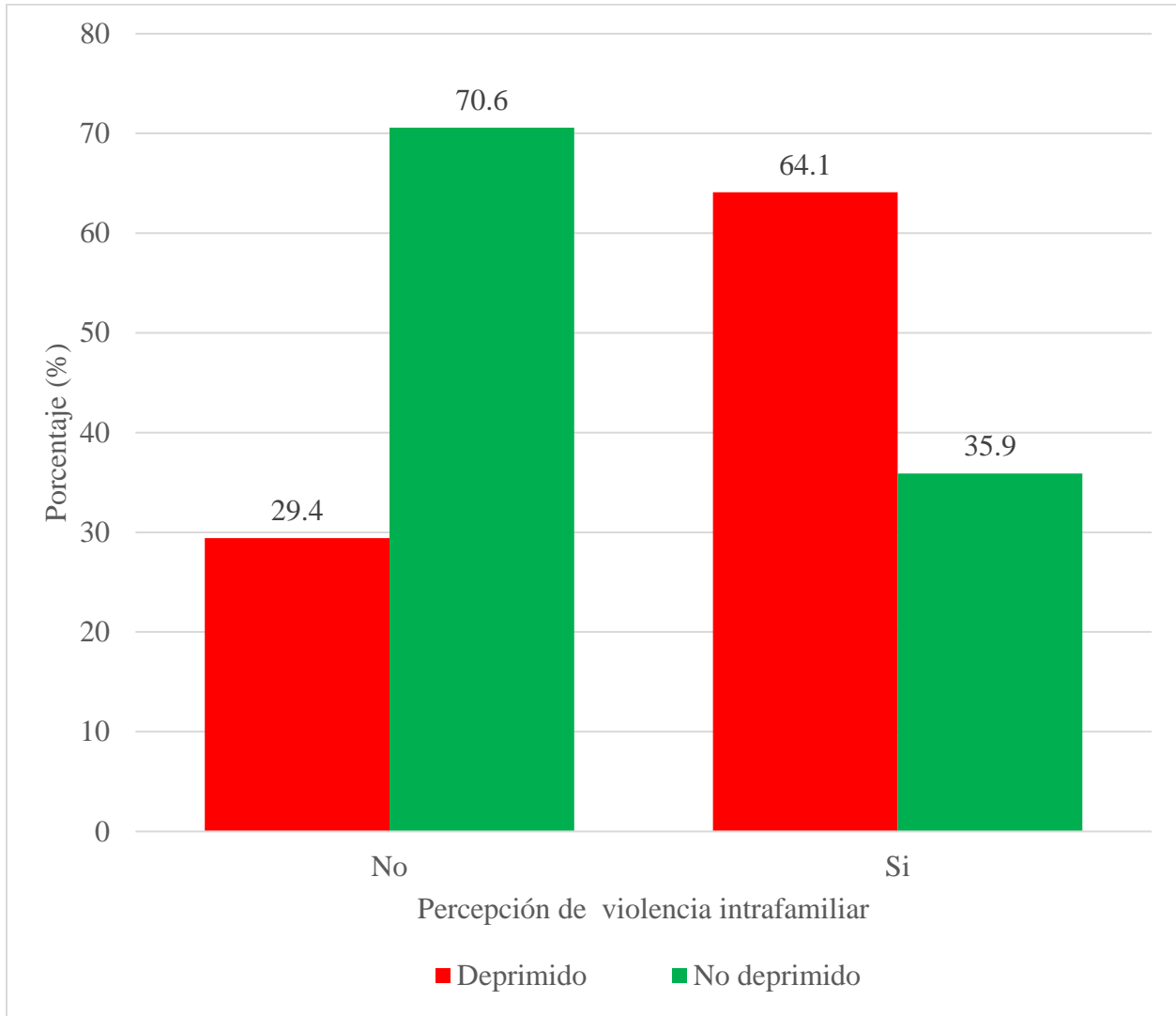
Gráfico N° 17 Estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación del consumo de drogas y síntomas depresivos



Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

Se evidencia en el gráfico N°17 a los estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo-abril del 2017, según la relación entre el consumo de drogas y síntomas depresivos. Los que aceptaron haber consumido drogas en los últimos tres meses hay dos porcentajes, los deprimidos presentan un mayor porcentaje de 57% y una diferencia del 14% con respecto a los no deprimidos. Los que no aceptaron haber consumido drogas muestra un porcentaje de 68% los nos deprimidos con una diferencia de los deprimidos de 36%.

Gráfico N° 18 Estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación de la percepción de violencia intrafamiliar y síntomas depresivos

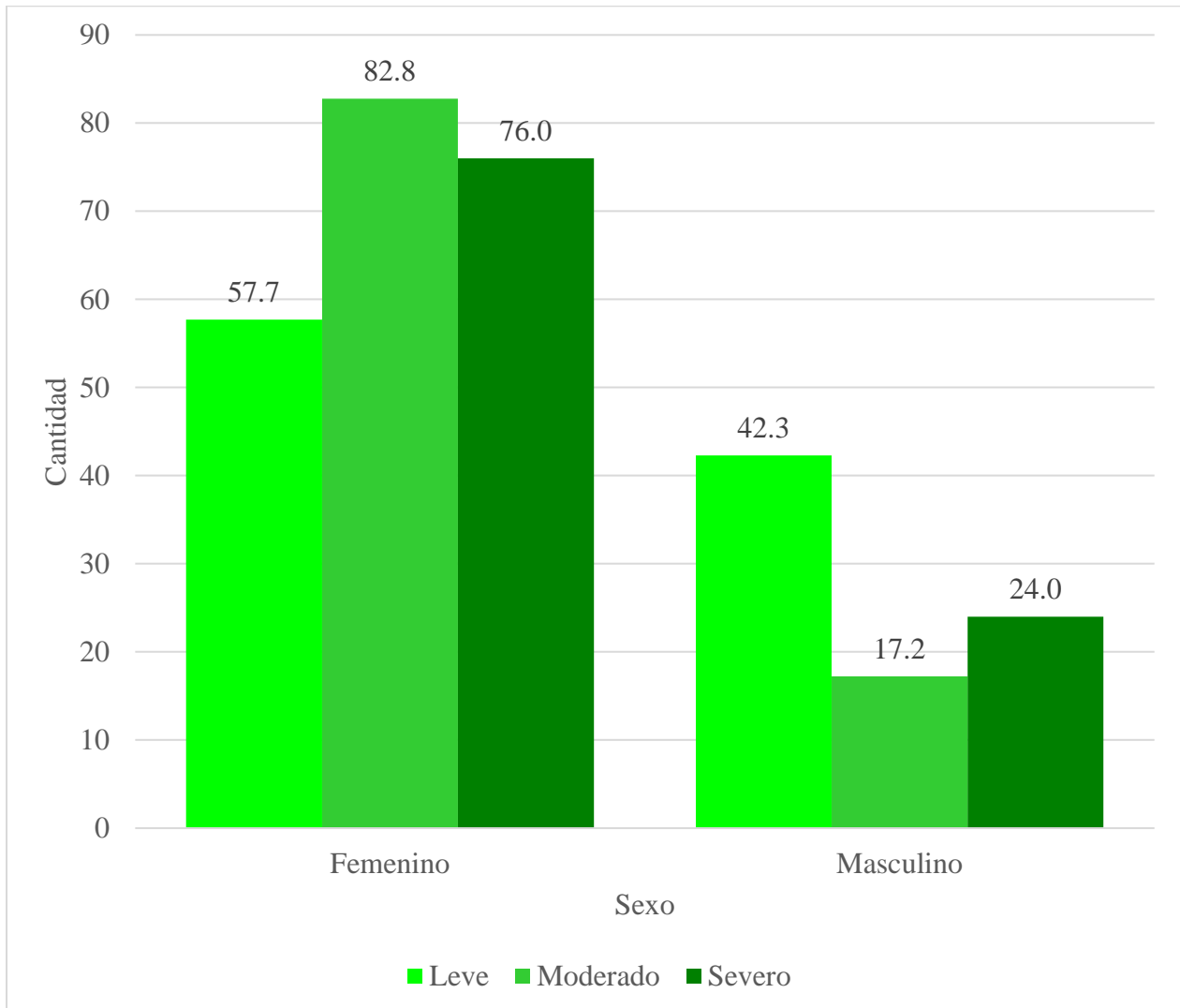


Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

Para la relación de percepción violencia intrafamiliar con los síntomas depresivos en el gráfico N°18 de estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, se evidencia que los que indicaron la percepción de violencia intrafamiliar como positiva el 64% de ellos asociaban síntomas depresivos, el 36% no presentaron síntomas. Los que indicaron como negativa

la percepción de violencia intrafamiliar la mayor cantidad de alumnos no presentaron síntomas depresivos con un 71%.

Gráfico N° 19 Estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación del sexo y el grado de depresión



Fuente: Elaboración propia, abril, 2017.

Con el gráfico N°19 de estudiantes del Colegio México en Costa Rica entre marzo- abril del 2017, según la relación del sexo y el grado de depresión. Se observa que en el sexo femenino es mayor el porcentaje en la depresión de grado moderado con un valor de 83%, en segundo lugar encontramos el grado severo con un porcentaje del 76% y en tercer lugar el grado leve con un 58%.

En el sexo masculino se observa según los resultados de la encuesta aplicada, el grado leve es el de mayor porcentaje con 42%, en segundo lugar grado severo con 24% y en el último lugar el grado moderado con un 17%.

Es evidente que el sexo femenino posee los mayores porcentajes en todos los grados en comparación con el sexo masculino.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En el mundo la depresión se considera un problema de salud pública, como es bien conocido, para la población en general es un tema subestimado y de poco conocimiento. Se encuentran datos en general según las últimas estimaciones de la OMS, más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. ⁽³⁵⁾

Con respecto a los valores estadísticos y gráficos para edad, sexo y escolaridad se discute a continuación. Para la población en estudio, adolescentes entre las edades de 13 a 18 años en el período mencionado dentro del Colegio México la mayor población estudiada se encuentra en la edad de 16 años (22,5%), continúa en segundo lugar los de 14 años (21,24%) y la menor población estudiada es la de 18 años (7,52).

Con respecto a la variable de sexo de los estudiantes dentro de la investigación se observa que la mayor cantidad de personas estudiadas son de sexo femenino con un total de 125 y un porcentaje de 55,31% y solamente 101 varones con un porcentaje de 44,69%, una diferencia entre ambos sexos de 10,7%. A pesar de que se entregaron los consentimientos informados a la población general las mujeres participaron de forma más activa. Asimismo para la toma de información con respecto a escolaridad se observó que la mayor cantidad de encuestados se encuentra en octavo año con un total de 56 estudiantes y la menor cantidad fue en noveno año con un total de 35 estudiantes. Se nota la diferencia entre las cifras de las edades y los años que cursan, no se debe de olvidar que muchos de los estudiantes reprueban el grado y no cursan actualmente el año en secundaria que les corresponde.

Para la variable de tipo de familia según la encuesta aplicada se muestra que la familia monoparental es la de mayor número con 107 (47,3%), la de menor cantidad se representa para otras formas de familia con 28 encuestas que simboliza un 12,3%. Un estudio a nivel del mundo,

los países que se incluyeron muestra que más del 80% de los niños vive en familias biparentales. Alrededor del 80% de los niños europeos vive en hogares biparentales (los porcentajes oscilan entre el 76% del Reino Unido y el 89% de Italia y Polonia).⁽³⁶⁾ En América, entre el 62% (Colombia) y el 78% (Canadá) de los niños vive en hogares biparentales. Entre los países sudamericanos analizados en este estudio, el mayor porcentaje de niños que viven sin ambos padres aparece en Colombia (11%) en América del Norte, Oceanía y Europa, una quinta parte (minoría) de los niños vive en hogares monoparentales, en Europa Oriental, entre el 11 y el 15% de los niños viven con un solo padre, mientras que en Estados Unidos (27%), el Reino Unido (24%) y Nueva Zelanda (24%) presentan niveles especialmente elevados de monoparentalidad.⁽³⁶⁾

A nivel de Costa Rica, la familia tradicional pasó de estar presente en un 51,2 por ciento de los hogares nacionales, en 1984, a estarlo en un 41,8 por ciento en el 2011, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).⁽³⁷⁾ Se dice también que las familias monoparentales pasaron de un 8,6 por ciento, en 1984, a un 13,8 por ciento en el 2011. De los hogares monoparentales en Costa Rica, el 89 por ciento (151.569 del total) son dirigidos por una mujer. Según se observa la tendencia de la familia monoparental en el 2011 aumento, este se ve reflejado en las estadísticas recopiladas por la encuesta aplicada a los estudiantes, comparten la misma tendencia.

Con la variable del consumo de tabaco, solamente 21 (9,29%) de los estudiantes confirmaron haber consumido tabaco. En América latina se estima que un tercio de la población mayor de 15 años fuma, en Panamá se demuestra que en población adolescente el consumo de tabaco alcanzó el 12,5%. Siendo este resultado mayor al que se obtuvo en la investigación.⁽³⁸⁾

El consumo de licor, en la investigación se presenta la respuesta negativa con mayor cantidad un total de 154 estudiantes, el resto, es decir 72 (31,86%) personas aceptaron haber consumido licor. En Argentina se realiza un estudio con alumnos entre las edades de 14 y 20 años, y se da el resultado de 69,5% para los jóvenes que consumían licor.⁽³⁹⁾

En comparación con los datos de esta investigación, a pesar de ser una muestra mayor la del país de Panamá, se observa una diferencia entre los que si consumen, siendo mayor en el país vecino.

En la variable de consumo de drogas los resultados de esta investigación muestran los estudiantes que si aceptaron la variable con un total 30 (13,27%). En el estudio realizado en Jalisco, México se demostró que la prevalencia de consumo de drogas para el año 2009 en estudiantes fue de 16,5%. En el 2012 se realizó el estudio en la Ciudad de México y se encontró una prevalencia en el consumo de drogas es aún mayor el porcentaje de consumo (en ambos años 2009 y 2012).⁽⁴⁰⁾ Si se observa el contraste entre ambos países, siendo mayor y por una gran diferencia entre ellos.

La presencia de depresión en los estudiantes de esta investigación se expresa con un porcentaje de 35,4% para un total de la población de 80. Un estudio realizado en México con estudiantes adolescentes demuestra que de la población entrevistada un 27% presento sintomatología depresiva⁽⁴¹⁾ El estudio actual demuestra que hay una menor prevalencia de depresión en comparación al estudio realizado en México.

Otro estudio de depresión en México con adolescentes de secundaria indica que el 15,6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión.⁽⁴²⁾ En relación con esta investigación se observa que continúa siendo menor que este estudio realizado en San José de Costa Rica.

Para la discusión de los datos de grado de depresión, muestra que el grado moderado es el mayor dato recolectado con 29 estudiantes deprimidos para un porcentaje de 12,83% y la menor cifra la

corresponde a la depresión severa con un 11,06%, se comparó con una investigación similar a esta, donde se utilizó el mismo inventario de Beck en una población adolescente más pequeña pero se muestra que para la depresión moderada se representa con un porcentaje de 4,54% y para el grado grave con un 0,0%. Solamente supero el dato de esta investigación con la depresión leve el de Colombia con un 21,21%.⁽⁴³⁾ Aparte de ser una muestra más pequeña (pero con características similares) se observa la tendencia de que este estudio realizado en Costa Rica supera las cifras de los demás países en comparación.

Asimismo para la relación edad depresión obtenemos los resultados en esta investigación que la mayor edad con depresión es para los de 16 años con un porcentaje de 43%. Se encontró un estudio de Madrid, España donde se relaciona la depresión con diferentes grupos etarios, en ese estudio abarcan las edades desde los 14 hasta los 18 años, con los datos de esta investigación adaptados obtenemos un promedio de 36% deprimidos para ese mismo grupo de edades, en la investigación de Madrid, se obtiene un 19.5%, con una muestra mucho menor en ese rango de edad, el porcentaje obtenido es considerablemente menor que el de este estudio.⁽⁴⁴⁾

En este estudio se relacionó el sexo de los estudiantes con la presencia o no de la enfermedad. Se observa lo que la literatura y el resto de estudios indican, el sexo femenino supera en prevalencia al sexo masculino. Para esta investigación se obtuvo un resultado de mujeres deprimidas para un 46% (total de 58 estudiantes). El estudio de México en escuelas públicas entre los y las adolescentes para el 2015, las mujeres encuestadas que mostraban sintomatología depresiva mayor que los hombres del estudio.⁽⁴¹⁾ Un estudio en Chile en el año 2007, para sintomatología depresiva en estudiantes de enseñanza media indica la misma tendencia, las mujeres poseen los puntajes más elevados.⁽⁴⁵⁾ El estudio en adolescentes de secundaria en Portugal se observa la misma tendencia, los índices medios más elevados fueron para el sexo femenino (9,3 contra un 4,1 de los varones);⁽⁴⁶⁾

aunque se sabe que es difícil comparar por la diferencia entre el tamaño de las muestras, se sabe que a nivel mundial se sigue la misma tendencia.

Con respecto a la relación grado- presencia de síntomas depresivos en esta investigación se aprecian los valores más llamativos iniciando con los que presentaron síntomas depresivos, el mayor año en la secundaria con síntomas fue el octavo año con un 43%, le sigue décimo año con un 38% para una diferencia del 5%. El año con menor sintomatología depresiva es para los de onceavo año, no muy lejos de los de séptimo año, según los datos se puede observar altibajos con aumentos en los años mencionados, los bajos se presentan al inicio y al final de la etapa de secundaria. Los que no presentaron el mayor porcentaje le pertenece a los de quinto año.

Los datos recolectados para la relación tipo de familia- sintomatología depresiva, los estudiantes que presentaron síntomas de la enfermedad pertenecen a una familia que no es ni tradicional, ni monoparental, se clasifico como otros, a este grupo le corresponde el valor de 43%, la familia tradicional presenta el menor valor de estudiantes deprimidos. Los que no presentaron síntomas de depresión le corresponden, correlacionado, a los de la familia tradicional.

La relación consumo de tabaco- síntomas depresivos muestra que los adolescentes que aceptaron el consumo de cigarrillo el 67% de ellos presenta síntomas de la enfermedad. Se podría notar la relación positiva entre la depresión y el tabaco. Por lo consiguiente el mayor porcentaje de los que no consumieron no presentaron síntomas depresivos con un 68%. Los que si fumaron pero no presentaron síntomas depresivos se representan con un 33%. En el estudio mexicano de la asociación de la depresión con factores individuales y familiares, muestra que de los que respondieron si al consumo de tabaco representan un 20% de los que tienen síntomas depresivos, mientras que los que si fumaron pero no tienen síntomas depresivos son un 13%. Aunque el tamaño

de las poblaciones es diferente, en este estudio supera los datos de la investigación del otro país. Si se podría relacionar el consumo de tabaco con los síntomas depresivos en los adolescentes. ⁽⁴¹⁾

Este estudio también relaciona el consumo de licor con síntomas depresivos, los que aceptaron el consumo de licor presenta el mayor porcentaje de síntomas depresivos con un 51%, los que no aceptaron el consumo de licor tienen el mayor porcentaje de personas sin síntomas depresivos, es decir, se podría relacionar el consumo de licor con la enfermedad. Al igual que con el factor anterior, se relaciona el consumo de drogas con los síntomas depresivos, con los datos de esta investigación se muestra que a los estudiantes que si aceptaron el consumo de drogas les pertenece el porcentaje mayor (57%) de la relación. Los que no aceptaron el consumo, el 68% no tiene síntomas depresivos, el 32% si; por lo tanto se podría relacionar de igual manera el consumo con la depresión. Los tres factores anteriores se asocian con unos grandes porcentajes a la presencia de la enfermedad, como se podría deducir hasta culturalmente.

La violencia intrafamiliar es un tema sensible, se limitaron las respuestas así han percibido o no este factor en su familia. Los adolescentes que si han percibido violencia en su familia, 64% están deprimidos. Por otro lado los que no han percibido el factor solamente el 29% está deprimido. Por lo tanto se concluye que la violencia intrafamiliar se relaciona con la depresión.

Se tomaron las variables más llamativas de este estudio y se relacionaron con el grado de depresión.

Ya se mostró que en el sexo femenino es un factor que se asocia a la presencia de depresión, se observa el grado de depresión en ambos sexos, por el lado del sexo masculino se encuentra que dentro de los adolescentes deprimidos el mayor porcentaje fue para el grado leve, con un 42%. Y el menor para el grado severo con un 24%. Para el sexo femenino el mayor porcentaje fue para la

depresión grado moderado con un 83% y el menor porcentaje fue para el leve con un 58%. Se puede decir que si un adolescente masculino se deprime, independientemente del factor asociado, es más probable que sea una depresión leve y la menos probable una moderada (17%).

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- La mayor cantidad de estudiantes entrevistados fueron de 16 años.
- Hubo una mayor participación del sexo femenino.
- La mayoría de estudiantes entrevistados cursan el octavo año.
- El 9% de los estudiantes aceptaron el consumo de tabaco en los últimos tres meses.
- El 32% de los adolescentes aceptaron el consumo de licor en los últimos tres meses.
- El 13% de los sujetos aceptaron el consumo de drogas en los últimos 3 meses.
- Para la variable: tipo de familia, la que presentó mayor prevalencia fue la familia monoparental con un 47,35%.
- El 17% de los estudiantes aceptaron que si han percibido violencia dentro de su familia.
- El 35% de los adolescentes presentaron síntomas depresivos según los resultados del inventario aplicado.
- Del total de la población enferma el mayor grado de depresión se indica moderada con un 12,83%.
- Por edades, la mayor población con síntomas depresivos le corresponde a los de 16 años y los de menos síntomas depresivos según edad es para los de 17 años.
- El sexo con mayor depresión fue para el femenino con un 46%.
- El grado de secundaria con mayor depresión fue para el octavo año y el menor porcentaje de depresión fue para el quinto año.
- Se deprimen más los adolescentes que han consumido tabaco en los últimos tres meses (67%).
- Estaban más deprimidos los que si habían consumido licor en los últimos tres meses, con un 51%.

- Se encontraban deprimidos en mayor cantidad los que si aceptaron el consumo de drogas en los últimos tres meses.
- Los estudiantes con otro tipo de familia se deprimen más que los de la familia tradicional o monoparental.
- Para la variable de violencia intrafamiliar, los que la si percibieron presentaron mayor sintomatología depresiva con un 64%.
- En la relación de grado de depresión con el sexo, la mayor cantidad de mujeres deprimidas se encuentran en el grado moderado. La mayor población masculina deprimida se encontraba en el grado leve.

6.2 RECOMENDACIONES

- ✓ Incentivar a los estudiantes de ciencias de la salud a desarrollar investigaciones en los centros educativos de este país.
- ✓ Fomentar la preparación y educación a los docentes de los centros educativos por parte de sus áreas de salud correspondientes sobre aspectos relacionados con la depresión.
- ✓ Fomentar el tamizaje de síntomas depresivos en los centros educativos y centros de salud con personal calificado, para obtener un diagnóstico precoz.
- ✓ Fomentar redes de apoyo psicológico, psiquiátrico, social en las comunidades e inclusive dentro del centro educativo para brindar soporte a los pacientes con depresión.
- ✓ Instruir a los padres de familia y a las comunidades sobre la importancia de la vida en familia, por medio de charlas u otras actividades.
- ✓ Promover grupos de apoyo en contra del consumo de tabaco, licor y drogas dentro del centro educativo y dentro de grupos religiosos o sociales.
- ✓ Distribuir información, realizar campañas y promover la no violencia intrafamiliar.
- ✓ Fomentar dentro de la comunidad estudiantil la importancia de finalizar los estudios y continuar en ellos para asegurar un buen futuro.
- ✓ Incentivar el trabajo comunal de los estudiantes de ciencias de la salud en el tema de depresión con adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
2. Guía Clínica para el tratamiento de adolescentes de 10 a 14 años con depresión. [Internet]. 2017 Disponible: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e11791fc480273e9e040010164014e60.pdf>
3. Veytia López M, Fuentes GAL, Ivonne N, Andrade Palos P, Oudhof H. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Ment.* febrero de 2012;35(1):37–43.
4. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a través del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Rev Psicopatología Psicol Clínica Rev Psicopatol Psicol Clin.* el 1 de abril de 2011;16(1):17–25.
5. Adolescencia en Costa Rica ASCAJU. Octubre, 2013. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Adolescencia%20en%20Costa%20Rica%20%20ASCAJU_0.pdf
6. Cobo, J. El Concepto de Depresión. Historia, definición (es), nosología, clasificación. [Internet]. 2005. Disponible: <http://www.psiquiatria.com/depresion/el-concepto-de-depresion-historia-definiciones-nosologia-clasificacion/#>
7. Cruz, G. De la tristeza a la depresión. *Revista Electronica de Psicologia Iztacala*, Vol.15. [Internet]. Diciembre 2012. Disponible: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num4/Vol15No4Art8.pdf>

8. Zarragoitía, I. Depresión: Generalidades y particularidades. Editorial Ciencias Médicas. [Internet]. 2011. Disponible: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depression-cuba.pdf
9. Jackson, SW. Historia de la Melancolía y la Depresión. Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna. Madrid: Turner; 1986.
10. Gastó C, Vallejo J. Aspectos históricos en: Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión. Barcelona: Masson; 1990.
11. García, A. La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consume de drogas en los adolescentes de la Ciudad de México. [Internet]. 2002. Disponible: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_alma_garcia.pdf
12. Uba I, Yaccob S, Juhari R. Bullying and It's Relationship with Depression among teenagers. [Internet]. J. Psychology, 2010. Disponible: <http://www.krepublishers.com/02-Journals/JP/JP-01-0-000-10-Web/JP-01-1-000-10-PDF/JP-01-1-015-10-021-Uba-I-U/JP-01-1-015-10-021-Uba-I-U-Tt.pdf>
13. Asociación Americana De Psiquiatría. Guía de consulta de los diagnósticos del DSM- V. [Internet]. 2014. Disponible: <https://areaclinicapediatrica.files.wordpress.com/2016/03/d5-completo-en-espac3b1ol.pdf>
14. García Alonso, A. La depresión en adolescentes. [Internet]. Revista de Estudios de Juventud. 2009. Disponible: <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>
15. OMS | Depresión [Internet]. WHO. [citado el 27 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

16. Brent DA, Maalouf FT. Pediatric depression: is there evidence to improve evidence-based treatments? *J Child Psychol Psychiatry*. 1 de enero de 2009;50 (1–2):143–52.
17. Rodríguez, J. Kohn, R. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2009. Disponible: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf>
18. Sociedad Española de Psiquiatría. “La depresión es, más que nunca, un reto para la salud pública en Europa” [Internet]. Sepsiq.org. 2015. Disponible: <http://www.sepsiq.org/informacion/noticia/2015-02-17/392>
19. Publications HH. What causes depression? [Internet]. Harvard Health. 2009. Disponible en: <http://www.health.harvard.edu/mind-and-mood/what-causes-depression>
20. Zoch, C. Depresión. [Internet]. 2002. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/depresion2005.pdf>
21. Vázquez F, Muñoz R, Becoña E. Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. [Internet]. *Psicología Conductual*, Vol. 8, Nº 3, 2000, pp. 417-449. Disponible: <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>
22. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. [Internet]. Editorial Médica Panamericana. 2000. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf
23. Concepto de familia - Definición y Concepto [Internet]. [citado el 28 de julio de 2017]. Disponible en: <http://concepto.de/familia/>

24. Consumo de Drogas y Depresión : Centro de Asistencia Terapéutica : CAT Barcelona [Internet]. [citado el 27 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.cat-barcelona.com/ret/04/consumo-drogas-y-la-depresion>
25. Obando, I. Violencia intradomiliar y depresión en mujeres. Revista de Trabajo Social #69. Disponible: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v31n692007/art4.pdf>
26. Ministerio De Ciencia E Innovación. Guía práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. [Internet] Edición; 07/ 2009. Disponible: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf
27. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM- IV. [Internet]. 1995. Barcelona, España. Disponible: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagn3b3stico-y-estad3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
28. Heerlein A. Tratamientos farmacológicos antidepresivos. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. octubre de 2002;40:21–45.
29. OMS | Desarrollo en la adolescencia [Internet]. WHO. [citado el 28 de julio de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
30. Rodríguez, J. Programa Atención Integral de la Adolescencia Caja Costarricense De Seguro Social: Una respuesta desde el sector salud a la adolescencia costarricense. [Internet]. 2000. Disponible: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/adolescenciacostarricense.htm>
31. Rojas Cairampoma M, Tipos de Investigación científica: Una simplificación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación. REDVET. Revista Electrónica de Veterinaria 2015161-14. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63638739004>.

32. BDI-II.pdf [Internet]. [citado el 27 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
33. Redondo, F. Adaptación de la segunda versión del inventario de depresión de Beck al gran área metropolitana de Costa Rica. [Internet]. 2015. Disponible: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/2398/1/38830.pdf>
34. Arguedas-Arguedas O, Tipos de diseño en estudios de investigación biomédica. Acta Médica Costarricense 2010;52:16-18. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43415474004>.
35. OPS OMS | “Depresión: hablemos”, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad [Internet]. Disponible: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es
36. Scott M, Wilcox B, Ryberg R, DeRose L. WorldFamilyMapESP.pdf [Internet]. 2014. Disponible en: <http://worldfamilymap.org/2014/wpcontent/uploads/2014/09/WorldFamilyMapESP.pdf>
37. Censos 2011 | INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS [Internet]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/censos/censos-2011>
38. Roa, R. Encuesta Mundial de tabaco en jóvenes (EMTJ). [Internet] Panamá, 2002. Disponible:

<http://www.who.int/tobacco/surveillance/PANAMA%20FINAL%20GYTS%20REPORT%202002.pdf?ua=1>

39. Schaffer, C. Alcoholismo en la adolescencia [Internet]. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina - N° 139 Pág. 24-28 Disponible: <http://med.unne.edu.ar/revista/revista139/alcohol.htm>

40. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas. México. [Internet]. 2015. Disponible: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigacion/ENCODE_DROGAS_2014.pdf

41. Rivera-Rivera L, Rivera-Hernández P, Pérez-Amezcu B, Leyva-López A, Castro F de. Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. Salud Pública México. el 8 de mayo de 2015;57(3):219–26.

42. Veytia López M, Fuentes GAL, Ivonne N, Andrade Palos P, Oudhof H. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. Salud Ment. febrero de 2012;35(1):37–

43. Manios, A. Manifestaciones y grados de depresión en un grupo de adolescentes de una institución educativa distrital, de la localidad de Suba. [Internet]. Colombia, 2011. Disponible: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9636/Tesis16-8.pdf;jsessionid=9DFA03EE18A1D48E9AEDF9785076BF16?sequence=1>

44. Aláez Fernández M, Martínez Arias R, Rodríguez Sutil C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Psicothema [Internet]. 2000 [citado el 28 de julio de 2017];12(4). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=72712403>

45. Cova S F, Melipillán A R, Valdivia P M, Bravo G E, Valenzuela Z B. Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. Rev Chilena Pediatría. abril de 2007;78(2):151–9.

46. Resende C, Ferrao A. La presencia de síntomas depresivos en adolescentes en el último año de escolaridad [Internet]. Rev Pediátrica Atención Primaria vol.15 no.58 Madrid abr./jun. 2013

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000200004

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

ABREVIATURAS

- ✓ OR: Odds ratio.
- ✓ VIF: Violencia intrafamiliar.
- ✓ Li: límite inferior.
- ✓ Ls: límite superior.
- ✓ IC: intervalo de confianza.

ANEXOS

Consentimiento Informado

Estimados padres de familia:

La Universidad Hispanoamericana se encuentra realizando un estudio de salud con el tema: **FACTORES INDIVIDUALES Y FAMILIARES ASOCIADOS CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE 13 A 18 AÑOS DEL COLEGIO MÉXICO, DURANTE MARZO- ABRIL 2017, SAN JOSÉ, COSTA RICA.**

Debido al tema previamente mencionado se deberá aplicar una encuesta a cada uno de los estudiantes en dicho colegio. Al obtener los resultados estos se podrán utilizar a beneficio de la institución y como base para manejo y prevención del problema principal. Por esto, se requiere que los estudiantes completen la encuesta de forma **TOTALMENTE ANONIMA**, esto significa que no se solicitara al menor datos personales (nombre o número de cedula).

Se solicita de forma respetuosa por medio de una firma de forma voluntaria la autorización al estudiante para llenar dicha encuesta, muchas gracias.

Atentamente,

Carolina Mora Lizano.

Encargada de aplicar la encuesta.

Firma del encargado del alumno

Fecha: ____ - ____ - 2017

Asentimiento

Yo _____, identificación _____, he leído y comprendido la información anterior (del consentimiento informado) por lo cual ACEPTO a participar de forma VOLUNTARIA en esta investigación con el tema “PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SUS FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE 13 A 18 AÑOS DEL COLEGIO MÉXICO, DURANTE MARZO- ABRIL 2017, SAN JOSÉ, COSTA RICA.”

Firma _____

Cédula _____

Nombre y firma del investigador a cargo.

Carolina Mora L.

Encuesta al estudiante

Se solicita contestar de la forma más honesta las siguientes preguntas, recuerde que la información es anónima con fines completamente de investigación:

Datos personales:

Edad: _____ (años cumplidos)

Sexo: Femenino Masculino

Relaciones familiares:

Con cuales familiares vive actualmente?

- Solo Mamá
- Mamá y papá
- Solo Papá
- Otro (s)

Datos sociales:

Ha consumido tabaco en los últimos tres meses? SI NO

Ha consumido licor (bebidas con alcohol) en los últimos tres meses? SI NO

Ha consumido drogas (cannabis, cocaína, etc) en los últimos tres meses? SI NO

Datos académicos:

Escolaridad: (año que cursa actualmente)

7º 8º 9º 10º 11º

Datos de violencia intrafamiliar:

Considera usted que en algún momento ha sido víctima de violencia dentro de su familia (física, verbal, sexual, etc)?

SI NO

Test de depresión BDI- II

Instrucciones: Este cuestionario está formado por 21 grupos de frases. Por favor, lea cada grupo con atención, y elija **la frase** de cada grupo que mejor describa cómo se ha sentido durante **las últimas dos semanas, incluido el día de hoy**. Marque la letra que está a la izquierda de la frase que ha elegido como respuesta a cada una de las afirmaciones del enunciado con una **X**. Si dentro de un mismo grupo hay más de una frase que considere aplicable a su caso, elija aquella que haya tenido una **mayor frecuencia** en las dos últimas semanas.

1. Tristeza

- A. No me siento triste
- B. Me siento triste la mayor parte del tiempo
- C. Estoy triste todo el tiempo
- D. Me siento tan triste o desgraciado/a que no puedo soportarlo

2. Pesimismo

- A. No estoy desanimado/a respecto a mi futuro
- B. Me siento más desanimado/a respecto a mi futuro que de costumbre
- C. No espero que las cosas se resuelvan
- D. Siento que mi futuro no tiene esperanza y que sólo irá a peor

3. Fracaso pasado

- A. No me siento fracasado/a
- B. He fracasado más de lo que debería
- C. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- D. Creo que soy un fracaso total como persona

4. Pérdida de placer

- A. Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan
- B. No disfruto de las cosas tanto como acostumbraba
- C. Disfruto muy poco con las cosas que me gustaban
- D. No disfruto nada con las cosas que me gustaban

5. Sentimientos de culpabilidad

- A. No me siento especialmente culpable
- B. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
- C. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- D. Me siento culpable siempre

6. Sentimientos de castigo

- A. No creo que esté siendo castigado/a
- B. Creo que puedo ser castigado/a
- C. Espero ser castigado/a
- D. Creo que estoy siendo castigado/a

7. Desagrado hacia uno mismo \a

- A. Tengo la misma opinión sobre mí que de costumbre
- B. He perdido la confianza en mí mismo/a
- C. Me siento decepcionado conmigo mismo
- D. No me gusta a mí mismo/a

8. Autocrítica

- A. No me critico o culpo más que de costumbre
- B. Soy más crítico/a conmigo mismo/a que de costumbre
- C. Me critico por todas mis faltas
- D. Me culpo por todo lo malo que sucede

9. Pensamientos o deseos de suicidio

- A. No pienso en suicidarme
- B. Pienso en suicidarme, pero no lo haría
- C. Desearía suicidarme
- D. Me suicidaría si tuviese oportunidad

10. Llanto

- A. No lloro más que de costumbre
- B. Lloro más que de costumbre
- C. Lloro por cualquier cosa
- D. Tengo ganas de llorar pero no puedo

11. Agitación

- A. No estoy más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre
- B. Me siento más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre
- C. Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que me es difícil estar quieto/a
- D. Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo

12. Pérdida de interés

- A. No he perdido el interés por los demás o por las cosas
- B. Estoy menos interesado/a por los demás o por las cosas que antes
- C. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas
- D. Me resulta difícil interesarme por alguna cosa

13. Indecisión

- A. Tomo decisiones casi tan bien como siempre
- B. Me resulta más difícil tomar decisiones que de costumbre
- C. Me resulta mucho más difícil tomar decisiones que de costumbre
- D. Tengo dificultades para tomar cualquier decisión

14. Sentimientos de inutilidad

- A. No creo que yo sea inútil
- B. No me considero tan valioso y útil como de costumbre

- C. Me siento más inútil en comparación con otras personas
- D. Me siento completamente inútil

15. Pérdida de energía

- A. Tengo tanta energía como siempre
- B. Tengo menos energía que de costumbre
- C. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas
- D. No tengo suficiente energía para hacer nada

16. Cambios en el sueño

- A. No he notado ningún cambio en mi sueño
- B. Duermo algo más que de costumbre
- C. Duermo algo menos que de costumbre
- D. Duermo mucho más que de costumbre
- E. Duermo mucho menos que de costumbre
- F. Duermo la mayor parte del día
- G. Me despierto 1-2 horas antes y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- A. No estoy más irritable que de costumbre
- B. Estoy más irritable que de costumbre
- C. Estoy mucho más irritable que de costumbre
- D. Estoy irritable todo el tiempo

18. Cambios en el apetito

- A. No he notado ningún cambio en mi apetito
- B. Mi apetito es algo menor que de costumbre
- C. Mi apetito es algo mayor que de costumbre
- D. Mi apetito es mucho menor que antes
- E. Mi apetito es mucho mayor que de costumbre
- F. No tengo nada de apetito
- G. Tengo un ansia constante de comer

19. Dificultades de concentración

- A. Puedo concentrarme tan bien como siempre
- B. No me puedo concentrar tan bien como de costumbre
- C. Me cuesta concentrarme en algo durante mucho rato
- D. No me puedo concentrar en nada

20. Cansancio o fatiga

- A. No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre
- B. Me canso o me siento fatigado/a más fácilmente que de costumbre
- C. Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- D. Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

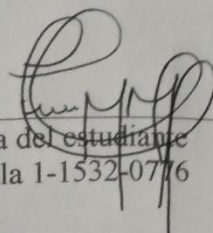
21. Perdida de interés por el sexo

- A. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- B. Estoy menos interesado/a en el sexo que de costumbre
- C. Estoy mucho menos interesado/a en el sexo ahora
- D. He perdido totalmente el interés por el sexo

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA

Yo Carolina María Mora Lizano , mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 1-1532-0776 egresado de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura , juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: FACTORES INDIVIDUALES Y FAMILIARES ASOCIADOS CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE 13 A 18 AÑOS DEL COLEGIO MÉXICO, DURANTE MARZO- ABRIL 2017, SAN JOSÉ, COSTA RICA., es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. en fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 21 días del mes de Junio del año dos mil diecisiete.


Firma del estudiante
Cédula 1-1532-0776

CARTAS DE APROBACIÓN

San José, 27 de Julio 2017

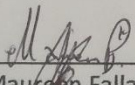
Srs
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente


La estudiante Carolina María Mora Lizano, cédula de identidad número 1-1532-0776, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SUS FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE 13 A 18 AÑOS DEL COLEGIO MÉXICO, DURANTE MARZO- ABRIL 2017, SAN JOSÉ, COSTA RICA**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	30%	30%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL	100%	100%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.
Atentamente


Dra. Maureen Fallas Ríos
Código 9540.

Dra. Maureen Fallas Ríos
MEDICO CIRUJANO GENERAL
Cód. 9540 

San José, 14 de agosto del 2017

Srs.
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimado señor: La estudiante Carolina María Mora Lizano; cédula de identidad número: 1 1532 0776, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SUS FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE 13 A 18 AÑOS DEL COLEGIO MÉXICO, DURANTE MARZO- ABRIL 2017, SAN JOSÉ, COSTA RICA"**. El cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con mi aval para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,



Dra. Tracy Garro Mora
Cédula. 1-14490655
Código. 13561

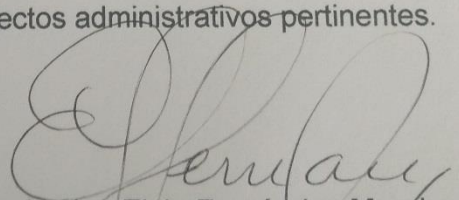
LICDA. ELVIA FERNÁNDEZ MORALES
FILÓLOGA UCR
SAN RAMÓN, ALAJUELA TEL. 2-447 1581 8-825- 3794
elviafdz@gmail.com
C.2312338 COL. LIC. Y PROF

CONSTANCIA DE REVISIÓN FILOLÓGICA DE TESIS

La suscrita, Licenciada en Filología Española, ELVIA FERNÁNDEZ MORALES, hace constar que efectuó la revisión filológica del documento denominado, **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SUS FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE 13 A 18 AÑOS DEL COLEGIO MÉXICO, DURANTE MARZO- ABRIL 2017, SAN JOSÉ, COSTA RICA**. Este consiste en una TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA (UH). La postulante es CAROLINA MARÍA MORA LIZANO.

Al respecto, indica que luego de efectuadas las correcciones necesarias, dicho documento se encuentra listo para su presentación y disertación, pues se ajusta a las normas gramaticales y ortográficas establecidas y a la modalidad de discurso, correspondiente a su especialidad.

Dado en San Ramón, Alajuela, Costa Rica, el de agosto de dos mil diecisiete, a solicitud de la interesada y para los efectos administrativos pertinentes.


Licda. Elvia Fernández Morales
Carné COLYPRO 2312338

CC/Archivo