

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

MEDICINA Y CIRUGÍA

Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Medicina y Cirugía

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS
DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL
COLEGIO DIURNO DE LIMÓN DE SÉTIMO A
UNDÉCIMO AÑO DURANTE LOS MESES DE
NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2016.**

Sustentante
Rafael Garita Vega

Tutor

Dr. Hilberto Reid Satcwell

Agosto 2017

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I	10
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.3. Objetivo general de la investigación	13
1.3.1. Objetivos específicos.....	14
CAPÍTULO II	16
MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO	17
2.2 CONTEXTO TEÓRICO.....	21
2.2.1 Definición de la enfermedad.....	21
2.2.2 Epidemiología	22
2.2.3 Etiología.....	25
Factores biológicos:	25
Factores genéticos.....	26
Factores psicosociales	27
2.2.4 Tipificación	27
2.2.5 Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas.	28
2.2.6 Criterios diagnósticos	28
Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) ⁽¹⁸⁾	28
Clasificación de la American Psychiatric Association, quinta edición (DSM-V) ⁽¹⁹⁾	32
2.2.7 Curso	34
2.2.8 Diagnóstico diferencial	36

2.2.9 Riesgo de suicidio	39
2.2.10 Tratamiento	40
CAPÍTULO III	52
MARCO METODOLÓGICO	52
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	53
3.2 ÁREA DE ESTUDIO	53
3.2.2 Cálculo de la muestra :.....	53
3.2.3 Criterios de inclusión	55
3.2.4 Criterios de exclusión	55
3.2.5 Fuentes de información.....	55
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	62
Instrumento de estudio.....	62
3.4 METODOLOGÍA	64
3.4.1 Prevalencia de depresión según grado académico	65
CAPÍTULO IV	68
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	68
CAPÍTULO V	141
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	141
BIBLIOGRAFÍA.....	147
Bibliografía citada	147
ANEXOS	152

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 2.1 Diagnóstico diferencial del trastorno depresivo mayor	38
Cuadro 2.2 Propiedades farmacocinéticas de los ISRS en niños y adolescentes	50
Cuadro 4.1 Estudiantes del Colegio Diurno de Limón de sétimo a undécimo año durante el periodo de noviembre a diciembre del año 2016.....	69
Cuadro 4.2 Distribución porcentual de acuerdo al sexo de los estudiantes del Colegio Diurno de Limón de sétimo a undécimo año, durante el periodo de noviembre a diciembre del año 2016.	70
Cuadro 4.3 Distribución de acuerdo con el sexo de los estudiantes incluidos en la muestra del Colegio Diurno de Limón.	77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1 Distribución porcentual de acuerdo al sexo de los estudiantes del Colegio Diurno de Limón de sétimo a undécimo año durante el periodo de noviembre a diciembre del año 2016	71
Gráfico 4.2 Estudiantes de 12 a 18 años del Colegio Diurno de Limón de sétimo a undécimo año durante el periodo de noviembre a diciembre del año 2016. ...	72
Gráfico 4.3 Distribución de acuerdo con el sexo de los estudiantes del Colegio Diurno de Limón de sétimo a undécimo año durante el año 2016.	74
Gráfico 4.4 Distribución de acuerdo con la edad de los estudiantes participantes de la muestra del Colegio Diurno de Limón de sétimo a undécimo año, durante noviembre a diciembre del año 2016.	76
Gráfico 4.5 Distribución porcentual de acuerdo con el sexo de los estudiantes incluidos en la muestra del Colegio Diurno de Limón.	78
Gráfico 4.6 Distribución de acuerdo con el lugar de residencia de los estudiantes incluidos en la muestra del Colegio Diurno de Limón noviembre a diciembre del año 2016	79
Gráfico 4.7 Representación gráfica de los estudiantes de sétimo año incluidos en la muestra del Colegio Diurno de Limón.	81
Gráfico 4.8 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de sétimo año.	82
Gráfico 4.9 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de sétimo año.	84

Gráfico 4.10 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de sétimo año.....	86
Gráfico 4.11 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de sétimo año.....	88
Gráfico 4.12 Representación gráfica de los estudiantes de octavo año incluidos en la muestra	90
Gráfico 4.13 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de octavo año.....	91
Gráfico 4.14 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de octavo año.....	93
Gráfico 4.15 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de octavo año.....	95
Gráfico 4.16 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de octavo año.....	97
Gráfico 4.17 Representación gráfica de los estudiantes de noveno año incluidos en la muestra	99
Gráfico 4.18 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de noveno año.....	100
Gráfico 4.19 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de noveno año.....	102
Gráfico 4.20 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de noveno año.....	104
Gráfico 4.21 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de noveno año.....	106

Gráfico 4.22 Representación gráfica de los estudiantes de décimo año incluidos en la muestra.	108
Gráfico 4.23 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de décimo año.....	109
Gráfico 4.24 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de décimo año.....	111
Gráfico 4.25 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de décimo año.....	113
Gráfico 4.26 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de décimo año.....	115
Gráfico 4.27 Representación gráfica de los estudiantes de undécimo año incluidos en la muestra	117
Gráfico 4.28 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de undécimo año.....	119
Gráfico 4.29 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de undécimo año.....	121
Gráfico 4.30 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de undécimo año.....	123
Gráfico 4.31 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de undécimo año.....	125
Gráfico 4.32 Trastornos depresivos de acuerdo al grado de severidad en estudiantes cursando el séptimo año, durante los meses de noviembre a diciembre del 2016	127

Gráfico 4.33 Trastornos depresivos de acuerdo al grado de severidad en estudiantes cursando el octavo año, durante los meses de noviembre a diciembre del 2016.	129
Gráfico 4.34 Trastornos depresivos de acuerdo al grado de severidad en estudiantes cursando el noveno año, durante los meses de noviembre a diciembre del 2016	131
Gráfico 4.35 Trastornos depresivos de acuerdo al grado de severidad en estudiantes cursando el décimo año, durante los meses de noviembre a diciembre del 2016.	133
Gráfico 4.36 Trastornos depresivos de acuerdo al grado de severidad en estudiantes cursando el undécimo año, durante los meses de noviembre a diciembre del 2016.	135
Gráfico 4.37 Prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes del Colegio Diurno de Limón de sétimo a undécimo año durante los meses de noviembre a diciembre del 2016.	137
Gráfico 4.38 Prevalencia de trastornos depresivos de acuerdo al sexo en estudiantes del Colegio Diurno de Limón de sétimo a undécimo año durante los meses de noviembre a diciembre del 2016.	139

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1 Criterios diagnósticos de un episodio depresivo CIE -10	29
Tabla 2.2 Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10.....	30

CAPÍTULO I
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El desarrollo cerebral en la adolescencia es un proceso no homogéneo, donde las áreas frontales encargadas del control de las funciones cerebrales ejecutivas son las últimas en completar su desarrollo, lo que explica una menor capacidad de los adolescentes en autocontrol, capacidad para valorar las consecuencias de sus actos y de los riesgos asociados a toma de decisiones inadecuadas.

Los trastornos depresivos constituyen una patología que afecta a cualquier persona sin importar edad, género, nivel socioeconómico, etnia. Incluyen síntomas y signos que en mayor o menor grado afectan a la población general a nivel mundial, no excluyen a la población adolescente. Esta población presenta aún más vulnerabilidad que la población adulta debido a que se encuentran en un proceso de transición físico, hormonal y neuropsicológico, en el cual los factores genéticos, y ambientales influyen de forma positiva o negativa en el desarrollo del adolescente. Fue en 1971 durante el IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatras que se llegó a la conclusión de que la depresión afecta también a los pacientes pediátricos. En la actualidad se calcula que aproximadamente uno de cada veinte pacientes menores de 18 años se encuentra afectado con esta enfermedad⁽¹⁾.

Existen estudios realizados en países como España donde el trastorno depresivo presenta una prevalencia de 2,3 % en adolescentes de 13 a 14 años y 3,4% en jóvenes de 18 años. En Inglaterra y Gales, en una muestra de 301 jóvenes infractores de ley, con un promedio de edad de 15,7 años, 31% presentó alguna

patología mental que requería tratamiento, siendo las más frecuentes los trastornos depresivos y problemas relacionados con el uso de sustancias de abuso⁽²⁾.

En la población mexicana, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), demostró que 8.4% de los mexicanos han sufrido un episodio de depresión mayor en su vida diagnosticada según los criterios del DSM-IV, con una mediana de edad de inicio a los 24 años. Además se encontró que 2% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad (depresión de inicio temprano)⁽¹⁾.

El riesgo a lo largo de la vida para este trastorno es de 12.7% para los hombres y de un 21.3% para las mujeres. Extrapolando esos porcentajes, en Costa Rica se consideraría que 254.000 hombres y 426.000 mujeres podrían sufrir de este trastorno a lo largo de su vida, valores que son considerables y alarmantes, además en las edades infantiles no existe una diferencia en cuanto a prevalencia por sexo, sin embargo, en los adolescentes la depresión se presenta más en sexo femenino con una relación 2:1. Se ha visto también que existe un riesgo 2-4 veces mayor de presentar depresión en la edad adulta en aquellas personas que cursaron con esta patología en la adolescencia⁽³⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud en el informe sobre la salud en el mundo, más del 25% de la población a nivel mundial ha presentado en algún momento alguna patología psiquiátrica, más de 150 millones de personas sufren depresión en algún momento de la vida; casi un millón de personas se suicidan cada año, y más de 90 millones de personas sufren de trastornos de abuso de alcohol o drogas. Los trastornos mentales representan no solo un problema de salud pública si no que

un gran coste económico para cada país determinado, es por ello que su incidencia y prevalencia son de interés público. El Banco Mundial estimó en su informe de 1993 que los problemas relacionados con la salud mental eran la causa del 8,1% de la carga global de todas las enfermedades (CGE)⁽⁴⁾.

Aunque en Costa Rica no existen datos epidemiológicos recientes se ha estimado que las patologías de salud mental se han incrementado en relación con el cambio demográfico y los cambios económicos, sociales, culturales que han ocurrido en las últimas décadas. Muchos estudios han demostrado la relación de las enfermedades mentales con la situación económica, social y ambiental que rodean a la población, principalmente la pobreza, la urbanización desorganizada, situaciones laborales incómodas, la violencia, etc⁽⁴⁾.

1.2 Problema central

¿Cuál es la prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes del Colegio Diurno de Limón de séptimo a undécimo año, durante noviembre, diciembre del 2016?

1.3 Objetivo general de la investigación

Determinar la prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes del Colegio Diurno de Limón de séptimo a undécimo año, durante los meses de noviembre a diciembre del 2016.

1.3.1 Objetivos específicos

- Caracterizar a la población según sexo, edad, y lugar de residencia de los estudiantes del Colegio Diurno de Limón de séptimo a undécimo año, durante los meses de noviembre a diciembre del 2016.
- Identificar cuáles son los principales síntomas depresivos presentes en los estudiantes de séptimo a undécimo, por año, del Colegio Diurno de Limón entre noviembre a diciembre del 2016, según la escala de depresión de Zung.
- Identificar la severidad de los síntomas depresivos en los estudiantes de séptimo a undécimo, por año, del Colegio Diurno de Limón entre noviembre a diciembre del 2016, según la escala de depresión de Zung.

1.4 Alcances y limitaciones

1.4.1 Alcances

- Se describió la presencia de trastornos depresivos en estudiantes de secundaria.
- Se educó a los estudiantes y a los docentes sobre los trastornos del ánimo y cómo realizar una adecuada detección.
- Se impulsó la prevención primaria de trastornos depresivos en estudiantes de secundaria.

1.4.2 Limitaciones

- Estudiantes que no quisieron colaborar con el estudio, debido a falta de interés, debido a que no quisieron formar parte del estudio, temor a que otros observaran los resultados.
- Docentes que no quisieron brindar el espacio y tiempo para aplicar el instrumento a los estudiantes debido a que se estaban impartiendo lecciones.
- Ausencia de estudios previos en la provincia de Limón sobre trastornos del ánimo.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO

Se considera que la depresión ha existido desde la antigüedad y ha permanecido a lo largo del desarrollo humano. El concepto que hoy conocemos como “depresión” se originó como muchos conceptos claves de nuestra civilización en las islas de Egeo pertenecientes a Grecia.

En el siglo V y VI a.C. lo que hoy se conoce como “depresión” se describía como el término de “melancolía” y englobaba: desesperación, ansiedad, rechazo a la comida, intranquilidad, junto con ánimo triste. En la literatura hipocrática se le añadió a la melancolía el miedo, estos dos conceptos unidos ocuparon en ese momento la definición de depresión.

Los griegos en la antigüedad hacían mención a un estado de locura asociado a ánimo exaltado, y Soranus comprobó una posible relación entre ese estado de locura y la melancolía⁽⁵⁾.

Areteo de Capadocia en el siglo I d.C., escribió: “ La melancolía es una alteración apirética del ánimo, que está siempre frío y adherido a un mismo pensamiento, inclinado a la tristeza y a la pesadumbre”; causada también por la bilis negra, además relacionó los episodios maniacos y depresivos: “algunos pacientes, después de ser melancólicos, tienen brotes de manía... de manera que la manía es una posible variedad del estar melancólico”⁽⁶⁾.

El desequilibrio de alguno de los humores era la génesis de la aparición de distintas enfermedades y el predominio de alguno de los humores sobre los otros determinaba una forma de ser. Para los griegos existían cuatro esencias: fuego,

aire, tierra y agua; y cuatro los temperamentos: sanguíneo, colérico, flemático y melancólico.

Hipócrates sintetizó la idea griega que hoy día se puede traducir como: “si el miedo y la tristeza se prolongan, es melancolía”. Hipócrates al igual tuvo razón al relacionar dos síntomas propios de la melancolía: el temor y la tristeza⁽⁶⁾.

Los romanos nombraban la bilis negra como “atra bilis”, pero preferían llamarla como les era fonéticamente mejor, “melancolía”. Al igual la depresión se deriva del latín *de* y *premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo)⁽⁶⁾.

Galeno de Pérgamo(131-201) describió la melancolía como una alteración crónica, que no se acompañaba de fiebre y asociaba síntomas como temor, miedo o desesperación, suspicacia, misantropía y cansancio de la vida⁽⁶⁾.

En Bagdad, siglo X, el árabe Isaq ibn Imran describió la melancolía como: “un cierto sentimiento de aflicción y aislamiento que se forma en el alma debido a algo que el paciente cree que es real pero que es irreal. Además de todos estos síntomas psíquicos, hay otros somáticos como la pérdida de peso y sueño”⁽⁶⁾.

Constantino, el africano, siglo XI dijo: “La melancolía perturba el espíritu más que otras enfermedades del cuerpo. Una de sus clases llamada hipocondríaca, está ubicada en la boca del estómago; la otra está en lo íntimo del cerebro. El cuerpo sigue al alma en sus acciones y el alma sigue al cuerpo en sus accidentes”⁽⁵⁾.

Según las narraciones de Elferink, algunos conquistadores españoles, en América la depresión era la enfermedad mental más frecuente entre los incas, quienes tenían mucho conocimiento de plantas medicinales, minerales, ritos mágicos que se utilizaban en aquél entonces para intentar curar la enfermedad⁽⁶⁾.

Santo Tomás (1225-1274 D.C) decía que la melancolía era secundaria a pecados cometidos, a demonios y a la presencia de espíritus⁽⁷⁾.

En la edad media se tenía la creencia que la depresión era secundaria a la presencia de espíritus malignos. Martin Lutero el reformador alemán escribió: “Toda la pesadez de la mente y la melancolía vienen del diablo.” Este demonio fue conocido como *acedia* o *taedium cordis*, se consideraba como uno de los 8 vicios capitales que atormentaban al hombre “Los que pecaban por *acedia* irían a encontrar su morada eterna en el quinto círculo del infierno”⁽⁷⁾.

En el siglo XIV, Paracelso se refirió a la depresión exógena y endógena, explicando sus teorías y haciendo referencia a ellas como un trastorno neurológico y no asociado a demonios o pecados⁽⁷⁾.

En 1621, Robert Burton escribió su libro (*La anatomía de la melancolía*) y explicó lo que hasta entonces se conocía sobre esta enfermedad. No fue hasta en 1621-1675 que Thomas Willis rechazó la teoría de los humores como causa de la melancolía, y atribuyó la presencia de esta secundaria a trastornos químicos a nivel cerebral y cardíaco. Y dijo que existían cuatro distintos tipos de melancolías que se clasificaban de acuerdo con su origen: por desorden inicial del cerebro, derivada de los hipocondrios, la que abarca el cuerpo entero y la originada del útero⁽⁷⁾.

En 1784 Chiarugi defendió la teoría que durante la evolución de una enfermedad pueden suceder diversos estados psíquicos y estableció la hipótesis de las 3 formas de locura: la melancolía, la manía y la demencia⁽⁷⁾.

Para 1808 el término depresión ganó relevancia y se utilizó junto con el de melancolía para referirse a la enfermedad. Haslam se refirió a aquellos que se

encontraban bajo pasiones depresivas y Wilhem Griesinger utilizó el término “*estados de depresión mental*” como sinónimo de melancolía⁽⁷⁾.

En el siglo XVI se aceptó a la melancolía como una enfermedad mental, que afectaba de forma negativa el comportamiento de las personas que la padecían y fue definida por Batolomeus Anglicus como una afectación de la parte media de la cabeza, con deterioro de la razón⁽⁷⁾.

En 1911 Freud publicó un trabajo denominado *Duelo y melancolía*, en el cual estableció la diferencia entre la melancolía y el duelo, el cual es un proceso que ocurre cuando existe la pérdida de un ser querido, donde es normal la depresión pero debe resolverse en 6 a 12 meses, y que este no incapacite al paciente. Freud inicia con distintos métodos: abracción, luego catarsis y por último la asociación libre⁽⁶⁾.

En 1949 se empezó a utilizar el TEC (Terapia electroconvulsiva) para los pacientes con trastornos depresivos, es también en este año cuando inicia el estudio y utilización de fármacos, psicolepticos antidepresivos. En la década de los 50 aparecen los antidepresivos tradicionales, la segunda generación antidepresivos tomó relevancia a finales de los 80, donde se documentó que estos fármacos era más selectivos para los distintos neurotransmisores implicados en la fisiopatología de la depresión⁽⁷⁾.

En 1952 apareció reflejada en el DSM-I el término reacción maníaco-depresiva. Y En 1957, Leonhard observó que algunos pacientes tenían historia de depresión y manía, mientras que otros pacientes solo reflejaban síntomas de depresión, en aquellos pacientes con manía y depresión observó también que existía una alta incidencia de manía en sus familiares, no así en los pacientes que solo presentaron

depresión. En la actualidad según el DSM-5 se puede hablar de trastorno bipolar cuando se haya dado un solo episodio maníaco, aun sin que haya habido nunca depresión⁽⁶⁾.

2.2 CONTEXTO TEÓRICO

2.2.1 Definición de la enfermedad

Los trastornos del ánimo corresponden a las principales patologías psiquiátricas y generan un gran costo económico a la sociedad y alta morbilidad a los pacientes afectados.

Se ha definido como “una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, pérdida de energía, pérdida de interés, o pérdida de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afectan la vida de la persona, durante la mayor parte del día durante al menos dos semanas”⁽⁸⁾.

Según el DSM IV ⁽⁹⁾, los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo son: Un período mayor a dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido y una baja de placer o motivación (anhedonia), en el que se presentan cinco o más de los siguientes síntomas: problemas de concentración, fatiga o pérdida de energía, cambios en el peso, insomnio o hipersomnias, agitación o enlentecimiento motor, sentimiento de inutilidad e ideas recurrentes de muerte o suicidio. La última actualización, el DSM V comparte la misma definición.

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos (Criterios A y C). Del mismo modo, si los

síntomas maníacos o hipomaníacos se producen como efecto directo de una enfermedad médica, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y debe anotarse el diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas maníacos (o con síntomas mixtos)⁽¹⁰⁾.

No se toman en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo debido a sustancias (drogas, tóxicos, medicamentos) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica.

Es una enfermedad sub-diagnosticada y sub-tratada. Existen muchos mitos en cuanto al origen de esta patología, por mencionar algunos: personalidad débil, fallo de carácter, inmadurez psicológica, traumas emocionales. Sin embargo, la depresión abarca una combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales que de forma conjunta contribuyen en su instauración y consolidación. El trastorno depresivo se considera como una patología médica que afecta la forma de pensar, y actuar de la persona afectada. La conducta del paciente se modifica de forma aberrante, acciones que el paciente realizaba con facilidad como dormir, comer, salir, tener relaciones sexuales, ahora son casi imposibles de realizar.

2.2.2 Epidemiología

Los trastornos depresivos se encuentran dentro las patologías mayormente sub diagnosticada y obviada en la actualidad, y los costos tanto directos como indirectos superan cualquier otro grupo de enfermedad, excepto las cardiovasculares. Ha llegado a ser nombrada por varios investigadores como la gran epidemia silenciosa.

Se estima que la depresión, a nivel mundial, es la principal causa de incapacidad en personas de mediana edad, de igual forma es la patología con mayor prevalencia en mujeres de todos los grupos de edad⁽⁹⁾.

Se presenta entre el 5 y 8% de la población de forma independiente, pero asociado a otras enfermedades presenta una prevalencia entre el 25 a 30%. En la actualidad ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades incapacitantes y se estima que para el año 2020 ocupará el segundo lugar⁽⁹⁾.

Los trastornos depresivos corresponden a la principal causa de discapacidad entre las enfermedades mentales y ha sido diagnosticada aproximadamente en el 40% de los pacientes que consultan al servicio de psiquiatría⁽⁹⁾.

Representa también la principal causa de incapacidad, medida en años vividos con incapacidad y el cuarto factor de carga global de enfermedad, medida en años de vida ajustados a la incapacidad, igual a la suma de los años de vida potencialmente perdidos, debido a mortalidad prematura, y los años de vida productiva, perdidos por incapacidad.

Se estima que en el continente Europeo, 1 de cada 5 personas padecerá de una depresión a lo largo de su vida. Se realizó un estudio epidemiológico con una muestra de 21 425 personas de 6 países europeos, y se obtuvo como resultado que la depresión mayor era el trastorno psiquiátrico más prevalente⁽⁹⁾.

En Estados Unidos, aproximadamente el 10% de las mujeres y el 4% de los hombres han consumido un antidepresivo en algún momento de su vida. El riesgo de sufrir un trastorno depresivo a lo largo de la vida se encuentra entre el 6 y 10% para el sexo masculino y entre 12 y 20% para el sexo femenino. La gran mayoría

de los casos de depresión se encuentran actualmente sin diagnosticar y por lo tanto sin tratar⁽⁹⁾.

El trastorno depresivo (único o recidivante), tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. En la edad prepuberal los niños y las niñas están afectados en la misma proporción. Tanto en varones como en mujeres las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, mientras que en ambos sexos, las tasas más bajas se dan en las personas de más de 65 años⁽¹⁰⁾.

Entre el 6 y 8% de las personas mayores de 15 años de la población general padece de depresión y entre el 20 y 25% de la población general sufrirá un episodio de depresión en algún momento de su vida. Esta patología se encuentra asociada a múltiples comorbilidades que en última instancia pueden evolucionar de forma desfavorable lo que produce consecuencias mortales al paciente⁽⁹⁾.

Se ha reportado una prevalencia de 1% de depresión en niños preescolares y un 2% en niños escolares. En adolescentes estos números son aún más significativos, llegando hasta el 4%, presentando un predominio en el sexo femenino⁽¹¹⁾.

Algunas investigaciones realizadas han concluido que en niños tratados en centros psiquiátricos ambulatorios, la depresión observada fue del 28% y que se incrementaba al 59% si los niños estaban en régimen de ingreso hospitalario⁽¹²⁾.

Estudios realizados han estimado que para el año 2020, este trastorno podría ser la segunda causa de morbilidad en el mundo y provocar 5,7% de los AVAD(años de vida ajustados por discapacidad), además de mantenerse como causa principal de APD (años de vida perdidos por discapacidad)⁽¹³⁾.

Los factores que mostraron una asociación estadística significativa con este trastorno fueron, entre otros, ser mujer, dedicarse a las labores del hogar, estar jubilado, ser soltero, separado, divorciado o viudo, tener bajo nivel educacional y tener bajos ingresos económicos⁽¹³⁾.

Estudios han mostrado una asociación entre el consumo de drogas y la presencia de depresión en adolescentes, además es muy común encontrar trastornos depresivos mayores relacionados a otros trastornos como los de ansiedad, los trastornos conductuales y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad⁽¹⁴⁾.

2.2.3 Etiología

La depresión es una enfermedad multifactorial, en la cual varios mecanismos tanto biológicos, psicológicos y sociales interaccionan para precipitar e instaurar este trastorno.

Factores biológicos:

Aminas biógenas: Estudios han mostrado que los trastornos del ánimo se encuentran asociados a desequilibrios de las aminas biógenas. Principalmente se encuentran disminuidos la serotonina y la noradrenalina, estos dos neurotransmisores se encuentran implicados en la mayoría de los trastornos del ánimo⁽¹⁵⁾.

Regulación neuroendocrina: Los pacientes con depresión suelen tener alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Estudios han demostrado la presencia de hipercortisolismo en pacientes depresivos⁽¹⁾.

Anormalidades neurofisiológicas: Comparaciones entre personas deprimidas y personas sin depresión han mostrados una hipoactividad en los lóbulos frontal y prefrontal y el grado de actividad se encuentra directamente relacionado con el grado de depresión. También existe reducción del volumen del lóbulo temporal y área prefrontal⁽¹⁶⁾.

Anormalidades del sueño: No se tiene totalmente claro si la alteración del sueño es un factor causal o un marcador de la depresión. Lo que sí se sabe es que la alteración del ritmo circadiano y la privación del sueño conduce a cambios del estado del ánimo y síntomas de depresión. La depresión se vincula con insomnio o hiperinsomnio, junto a disminución del período REM del sueño⁽¹⁶⁾.

Luz solar: Se ha observado que algunos pacientes con depresión y trastorno bipolar presentan un deterioro en los meses de invierno, cuando la exposición a la luz solar disminuye.

Factores Genéticos: Muchos estudios han mostrado que existe predisposición genética a sufrir trastornos depresivos, se han realizado estudios en gemelos y en hijos adoptados para obtener dichos resultados. La posibilidad de presentar algún trastorno del ánimo entre parientes de primer grado es mayor, en comparación con parientes de segundo grado⁽¹⁶⁾.

Factores psicosociales: Acontecimientos de la vida y tensiones del entorno: Muchas veces sucesos estresantes de la vida diaria anteceden los primeros síntomas de los trastornos del ánimo, actuando como detonantes. La pérdida de alguno de los padres antes de los 11 años es el suceso de la vida que más se vincula con el desarrollo posterior de depresión. La pérdida del cónyuge es la tensión del entorno que se relaciona con mayor frecuencia con el inicio de un episodio de depresión. Otros sucesos como traumas, enfermedades crónicas, pérdidas materiales son algunos acontecimientos que también se asocian con depresión.

Impotencia aprendida: Esta teoría considera que la depresión es resultado de percepción de falta de control sobre la vida propia o entorno. Muchos pacientes deprimidos consideran que tienen muy poco control sobre su vida y que se encuentran bajo el control de terceras personas, y según esta teoría el paciente puede superar el trastorno de depresión si el clínico logra que el paciente obtenga cierto control sobre su vida y entorno.

Teoría cognoscitiva: Esta teoría considera que la depresión es un trastorno del pensamiento. Las personas deprimidas suelen ser muy pesimistas y a menudo se consideran a sí mismas de manera negativa y autodestructiva, la teoría expone que estos pensamientos negativos conducen a un estado de ánimo depresivo y a los demás síntomas de la depresión⁽¹⁷⁾.

2.2.4 Tipificación

Los códigos diagnósticos para el trastorno depresivo mayor se seleccionan de la siguiente manera:

1. Los primeros dos dígitos son F3.

2. El tercer dígito puede ser 2 (si hay un único episodio depresivo mayor) o 3 (si hay episodios depresivos mayores recidivantes).

3. El cuarto dígito indica lo siguiente: 0 para gravedad leve, 1 para gravedad moderada, 2 para casos graves sin síntomas psicóticos, 3 para casos graves con síntomas psicóticos, 4 para casos en remisión parcial o total y 9 si no está especificado.

2.2.5 Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas.

El trastorno depresivo mayor puede asociarse a enfermedades médicas crónicas. Hasta un 20-25 % de personas que presentan alguna enfermedad (HTA, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular) presentarán un trastorno depresivo mayor a lo largo del curso de su enfermedad. Es importante mencionar que el tratamiento y el manejo de la patología dual se complica mucho más al estar asociado a un trastorno depresivo mayor⁽¹²⁾.

2.2.6 Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM).

Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10)⁽¹⁸⁾.

La CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

F32.0 Episodio depresivo leve

F32.1 Episodio depresivo moderado

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

F32.8 Otros episodios depresivos

F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión:

- ánimo depresivo.
- pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar.
- aumento de la fatigabilidad.

Tabla 2.1 Criterios diagnósticos de un episodio depresivo CIE -10⁽¹⁸⁾.

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

B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se

considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- Pérdida marcada del apetito
- Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes
- Notable disminución del interés sexual

Fuente: ⁽¹⁸⁾

Tabla 2.2 Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10.

A. Criterios generales para episodio depresivo

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.

- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran **placenteras**.
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome somático

Fuente: ⁽¹⁸⁾

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades⁽¹⁸⁾.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias⁽¹⁸⁾.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo⁽¹⁸⁾.

Clasificación de la American Psychiatric Association, quinta edición (DSM-V)⁽¹⁹⁾.

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.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).

(Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

(Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

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 (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

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⁽¹⁹⁾.

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, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica⁽¹⁹⁾.

2.2.7 Curso

El trastorno depresivo mayor puede aparecer por primera vez a cualquier edad, pero es mucho más frecuente después de la pubertad.

En Estados Unidos, la incidencia ocurre principalmente a los 20 años; sin embargo, no es infrecuente que se inicie por primera vez durante la tercera edad.

El curso del trastorno depresivo mayor es muy variable, algunos pacientes apenas presentan remisiones (períodos de 2 o más meses sin síntomas o con sólo uno o dos síntomas leves), mientras que otros permanecen durante muchos años con pocos o ningún síntoma entre los episodios⁽¹⁹⁾.

La cronicidad de los síntomas depresivos aumenta la probabilidad de que existan trastornos subyacentes de personalidad, ansiedad y consumo de sustancias, y disminuye la probabilidad de que se siga el tratamiento hasta la remisión completa⁽¹⁹⁾.

Generalmente la recuperación ocurre en los tres meses posteriores al inicio, esto en dos de cada cinco pacientes, y en los siguientes 12 meses, en cuatro de cada cinco pacientes.

El carácter reciente del inicio es un determinante fuerte de la probabilidad de recuperación a corto plazo y se puede esperar que muchos pacientes que solo han estado deprimidos durante varios meses se recuperen de modo espontáneo.

Las características asociadas a menor recuperación son: la ansiedad, rasgos psicóticos, trastornos de la personalidad y la gravedad de los síntomas.

El riesgo es mayor en los pacientes cuyo episodio anterior fue grave, en los sujetos jóvenes y en las personas que han presentado múltiples episodios. La persistencia de síntomas depresivos durante la remisión, aunque sean leves, es un factor que predice claramente la recurrencia.

Entre mayor sea el período de duración de remisión menor es la probabilidad de recurrencia y viceversa. Se ha visto un mayor remisión en aquellos pacientes con episodios previos graves, en adolescentes y adultos jóvenes, y en aquellos que han presentado muchos episodios⁽¹⁹⁾.

Es cierto que las tasas de prevalencia varían de acuerdo al sexo, sin embargo el sexo no es un factor determinante en el curso de la enfermedad ni en la respuesta al tratamiento⁽²⁰⁾.

Sin embargo, existen algunas diferencias en cuanto a los síntomas: la hipersomnia y la hiperfagia son más probables en los sujetos jóvenes, y los síntomas melancólicos, en particular las alteraciones psicomotoras, son más frecuentes en los sujetos mayores.

La probabilidad de los intentos de suicidio disminuye durante la edad adulta, aunque no así el riesgo de suicidio consumado. Las depresiones de inicio en edades tempranas son más familiares y es más probable que se encuentren asociadas alteraciones de la personalidad⁽¹⁹⁾.

2.2.8 Diagnóstico diferencial

Episodios maníacos con ánimo irritable o episodios mixtos: Los episodios de depresión mayor con marcado ánimo irritable pueden ser difíciles de diferenciar de los episodios maníacos con ánimo irritable o de los episodios mixtos. Esta distinción requiere una evaluación clínica minuciosa de la presencia de síntomas maníacos⁽²¹⁾.

Trastorno del humor debido a otra afección médica: El diagnóstico apropiado es un episodio depresivo mayor y se debería basar en la historia personal, el examen físico y las pruebas de laboratorio, si no se considera que el trastorno del ánimo es consecuencia directa de una afección médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, infarto cerebral, hipotiroidismo)⁽²¹⁾.

Trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos: Este trastorno se distingue del trastorno depresivo mayor por el hecho de que existe una sustancia (p. ej., una droga de abuso, una medicación, una toxina) que parece estar etiológicamente relacionada con la alteración del ánimo. Por ejemplo, el ánimo deprimido que ocurre solo en el contexto de la abstinencia de cocaína se debería diagnosticar de trastorno depresivo inducido por cocaína⁽²¹⁾.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad :La distraibilidad y la baja tolerancia a la frustración pueden aparecer tanto en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad como en el episodio depresivo mayor; si se cumplen los criterios de ambos, se debería diagnosticar el trastorno por déficit de atención/hiperactividad además del trastorno del ánimo. Sin embargo, el clínico debe tener precaución para no sobrediagnosticar un episodio depresivo mayor en los niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad cuya alteración del ánimo se caracterice por irritabilidad más que por tristeza o por pérdida de interés⁽²¹⁾.

Trastorno de adaptación con ánimo deprimido: El episodio depresivo mayor que ocurre en respuesta a un factor estresante psicosocial se distingue del trastorno de adaptación con ánimo deprimido por el hecho de que los criterios diagnósticos completos del episodio depresivo mayor no se cumplen en el trastorno de adaptación⁽²¹⁾.

Tristeza: Por último, los períodos de tristeza son aspectos inherentes de la experiencia humana. Estos períodos no deberían diagnosticarse de episodio depresivo mayor a menos que se cumplan los criterios de gravedad (p. ej., cinco de

los nueve síntomas) y duración (p. ej., la mayor parte del día, casi cada día durante al menos dos semanas), y que exista malestar o deterioro clínicamente significativo.

Cuadro 2.1 Diagnóstico diferencial del trastorno depresivo mayor.

Enfermedades médicas	Fármacos	Tóxicos
<p>Endocrinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad Addison. • Anemia. • Hipotiroidismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Glucocorticoides sistémicos • Acyclovir • Alcohol • Anfetaminas, anfetaminoides • Benzodiazepinas • Bloqueadores beta adrenérgicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol
<p>Neurológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome poscontusión. • Epilepsia • Tumores del sistema nervioso central 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticonvulsivantes • Clonidina • Anticonceptivos orales • Glicósidos digitales 	<ul style="list-style-type: none"> • Clorhidrato de cocaína
<p>Metabólicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus • Déficit de vitamina B12, • Insuficiencia renal • Enfermedad de Wilson • Metales pesados • Hipotiroidismo e hipertiroidismo • Enfermedad de Addison 	<ul style="list-style-type: none"> • Neurolépticos • Disulfiram • Enalapril • Levodopa 	<ul style="list-style-type: none"> • Opioides

<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus • Enfermedad de Cushing • Disfunción paratiroidea 		
Autoinmunes: <ul style="list-style-type: none"> • Lupus eritematoso sistémico. • Fibromialgia 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulantes • Corticosteroides • Anticonvulsivantes • Barbitúricos 	<ul style="list-style-type: none"> • Anfetaminas
Infeciosas: <ul style="list-style-type: none"> • Encefalitis, meningitis • Endocarditis • Hepatitis • Enfermedades de transmisión sexual: sífilis y SIDA • Tuberculosis 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivospor 	<ul style="list-style-type: none"> • Cannabis

Fuente: (22)

2.2.9 Riesgo de suicidio

La posibilidad de comportamiento suicida se encuentra presente durante todo el curso de la enfermedad. El principal factor de riesgo para un suicidio es tener historia previa de intento suicida.

Según la OMS cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años(20).

Otros factores de riesgo incluyen el sexo masculino, soltero o vivir solo, y tener sentimientos de desesperanza. La presencia de personalidad borderline aumenta el riesgo de futuros intentos suicidas(23).

Además estudios han mostrado que los “acting out” suicidas son más frecuente en el sexo femenino, sin embargo, el pasaje al acto suicidas son más prevalentes en el sexo masculino.

2.2.10 Tratamiento

Los trastornos depresivos requieren ser manejados de una forma integral, de manera que existirán casos que requieran una perspectiva farmacológica, psicológica y social, y otras que sólo precisen uno o dos aspectos. El manejo de la depresión debería incluir psicoeducación, apoyo individual y familiar, coordinación con otros profesionales, atención a las comorbilidades y monitorización regular del estado mental y físico.

Cada paciente debe ser visto de una forma individualizada y como tal, cada persona necesitará un manejo distinto.

Antes de iniciar un tratamiento se deben tomar en cuenta varios aspectos:

- El curso del trastorno depresivo, la gravedad, el tipo y la duración del episodio depresivo.
- Los factores que contribuyeron a la aparición de este.
- Red de apoyo disponible para el paciente.
- La selección inicial de la modalidad y el ámbito de tratamiento se debería realizar en función de los hallazgos clínicos y de otros factores, como la historia previa, la disponibilidad de los tratamientos, la preferencia de los pacientes y la capacidad de apoyo y contención del entorno.
- El riesgo de actos suicidas o autolesión.

El primer paso luego del diagnóstico de depresión es lograr que el paciente y la familia comprendan la patología, sus factores causantes, la evolución, y las opciones terapéuticas, se debe tomar tiempo para explicar detalladamente todos los aspectos. Estudios han demostrado que aquellos pacientes conscientes de su enfermedad y a los que se les ha explicado en que consta la depresión han evolucionado de una mejor manera, y han respondido de forma más pronta y efectiva al tratamiento.

Modelo escalonado:

Los modelos escalonados son un intento de tratamiento organizado y más eficiente y tienen el objetivo de tratar al paciente según la complejidad de la patología. Se ha propuesto que este modelo es el adecuado para el manejo de la depresión por varias razones: Es la forma adecuada de utilización de los recursos sanitarios, además existe aceptabilidad de la intensificación de intervenciones según la gravedad tanto por parte de los profesionales como de los pacientes. Se ha planteado que entre las fortalezas de este modelo está la alta aceptabilidad de los pacientes, de igual forma se ha planteado que el modelo escalonado en el manejo de la depresión, continúa siendo uno de los modelos de prestación de servicios mejor desarrollado y que puede garantizar el acceso a tratamientos coste-efectivos, sobre todo cuando se implanta asociado a otras medidas encaminadas a garantizar entre otros aspectos, la evaluación regular y la facilitación del acceso a las intervenciones.

A pesar de que las aproximaciones escalonadas de manejo comparten un planteamiento similar, la implantación y organización de los modelos de atención escalonada depende de las características y asistencia concretas de cada sistema sanitario, pero es un modelo característico de los servicios públicos de salud donde la atención primaria constituye la puerta de entrada.

Algunas de las premisas de las que parte este de modelo son la potenciación del trabajo multidisciplinar y la colaboración entre atención primaria y especializada. La atención se estratifica de modo que el primer escalón propuesto es la intervención menos intensiva en atención primaria, y en aquellos casos en los que no se consigue la respuesta adecuada tras intensificar la intervención, el nivel asistencial más apropiado sería el especializado⁽²⁴⁾.

Modelos de atención colaborativa:

Los modelos de atención colaborativa, están basados en el *Chronic Care Model*, han sido utilizados para mejorar el manejo de la depresión en atención primaria, observándose su efectividad a la hora de mejorar el proceso asistencial y los resultados clínicos. Se basa en la coordinación de las intervenciones de los diferentes profesionales de la salud (médicos de familia, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales) para asegurar el mejor tratamiento de forma integral para el paciente.

Recientemente en un metanálisis de 37 estudios en el que comparaban el abordaje de la depresión con el modelo colaborativo frente a la práctica habitual, los resultados demostraron la efectividad de este modelo en respuesta/remisión,

adherencia al tratamiento, calidad de vida/estado funcional y satisfacción con la atención recibida

La efectividad de la intervención se debe a los siguientes factores comunes:

- Inclusión de cambios organizativos y asistenciales en el sistema de prestación de servicios de salud.
- Continuidad del cuidado a través del seguimiento clínico del paciente⁽²⁴⁾.

Psicoterapia:

La psicoterapia de la depresión en la infancia y en la adolescencia incluye un diverso número de enfoques, que se diferencian en aspectos como su base teórica, tipo de actividades e implementación de estas, duración y frecuencia del tratamiento o implicación de terceras personas en la terapia.

Existe evidencia de eficacia de diferentes intervenciones psicoterapéuticas en este grupo de edad , en especial de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia interpersonal para adolescentes.

Terapia cognitivo-conductual:

La terapia cognitiva fue desarrollada originalmente por Beck y formalizada a finales de los años setenta para ser aplicada en la depresión⁽⁷⁾. Se denomina terapia cognitivo conductual (TCC) a la modalidad de terapia que comparte técnicas cognitivas y emplea de forma sistemática técnicas conductuales. La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos

distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión.

La activación conductual es también un aspecto clave de la terapia cognitiva de Beck, que hace un especial énfasis en la relación entre la actividad y el estado de ánimo. Es una terapia que implica activamente al paciente, es directiva, propone metas específicas y realistas, y ayuda a encontrar nuevas perspectivas. La TCC cuenta con el mayor número de estudios publicados, tanto en adultos como en niños y adolescentes. Los elementos terapéuticos utilizados en niños y adolescentes no difiere de la utilizada en la población adulta, solamente se adaptan a la edad del joven, como por ejemplo, la psicoeducación acerca del papel de los pensamientos en los estados emocionales puede valerse de recursos como dibujos e ilustraciones. Esta forma de terapia ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión moderada en adultos, con resultados similares a los obtenidos con tratamiento farmacológico.

A continuación se mencionarán las características más importantes de la terapia cognitivo conductual utilizada en la población adolescente⁽²⁵⁾.

- Es una terapia centrada en el presente y basada en la asunción de que la depresión está mediada por la percepción errónea de los sucesos y por el déficit de habilidades.
- Sus componentes esenciales son la activación conductual (incrementar la realización de actividades potencialmente gratificantes) y la reestructuración cognitiva (identificación, cuestionamiento y sustitución de pensamientos negativos). También son elementos importantes el aprendizaje de competencias conductuales y las habilidades sociales en general.

- Los manuales de tratamiento se estructuran en sesiones de entrenamiento de habilidades y sesiones opcionales sobre problemas específicos. Habitualmente las estrategias de la terapia se basan en la formulación clínica del problema (formulación en la que se pone especial énfasis en los factores asociados al mantenimiento del trastorno) y la sesión terapéutica sigue una agenda de problemas que se deben tratar.
- Es frecuente incluir sesiones con los padres y/o familiares, con la finalidad de revisar los progresos y aumentar la adherencia al tratamiento.

El papel de los padres de familia en el tratamiento de la depresión es imprescindible para la recuperación pronta y adecuada del joven. Los padres no solo aportan información importante para la evaluación psicológica, el planteamiento de objetivos y la orientación del tratamiento, sino que también pueden actuar como agentes de cambio terapéutico, ayudando a realizar determinadas tareas indicadas al joven.

Terapia interpersonal:

La terapia interpersonal (TIP) fue desarrollada por Klerman⁽⁷⁾, con el objetivo de ser aplicada como tratamiento de mantenimiento de la depresión, posteriormente se ha empleado como un tratamiento independiente y para el tratamiento de otras psicopatologías.

La TIP aborda principalmente las relaciones interpersonales e interviene en el contexto social inmediato del paciente. Se basa en la asunción de que los problemas interpersonales pueden actuar como activadores o exacerbar la depresión. Por ello, se centra en los problemas interpersonales con la finalidad de favorecer cambios

adaptativos, para que, a su vez, se produzca una mejoría de la sintomatología depresiva.

La TIP conceptualiza la depresión como un conjunto de tres componentes: sintomatología, funcionamiento social y personalidad. Su finalidad es incidir sobre los dos primeros componentes.

En 1993 el Columbia Group fueron los primeros en adaptar la TIP para su uso en adolescentes con depresión (TIP-A)⁽²⁶⁾.

- Es un tratamiento estandarizado para su uso una vez por semana, durante 12 semanas (igual que la TIP para adultos).
- Se diferencia de la TIP para adultos en el número de sesiones individuales: la TIP-A consta de 12 sesiones individuales a las que se añaden sesiones que incluyen a los padres.
- Se abordan aspectos clave de la adolescencia como: individualización, establecimiento de autonomía, desarrollo de relaciones sentimentales, estrategias de afrontamiento frente a pérdidas interpersonales y manejo de la influencia de los compañeros.

Terapia psicodinámica individual:

Esta terapia se basa en la teoría de Freud acerca del funcionamiento psicológico: la naturaleza de los conflictos puede ser en gran medida inconsciente, por lo que el objetivo terapéutico es resolver estos conflictos.

La evidencia de este tipo de terapia no es concluyente ya que únicamente se ha encontrado un estudio y con deficiencias metodológicas⁽¹⁶⁾.

Terapia familiar:

Esta terapia coloca a la familia como principal foco a la hora de realizar intervenciones. Algunos autores han señalado que existe una fuerte evidencia de asociación entre la depresión infanto-juvenil y factores como vínculos afectivos débiles, niveles elevados de criticismo, hostilidad familiar o psicopatología parental.

Las intervenciones familiares tienen una serie de características comunes:

- Varias fases diferenciadas: evaluativa, psicoeducación, intervención sobre el funcionamiento de varias áreas (cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual, según el enfoque de la terapia concreta) y retroalimentación.
- La intervención debe ser aplicada por un profesional cualificado (con experiencia en terapia familiar).
- El participante debe asistir acompañado de su familia a la mayoría de las sesiones de la terapia.
- Suele constar de un mínimo de seis sesiones, con una duración de una hora cada sesión.

Prevención de recaídas:

Los estudios han evidenciado que hasta un 30% de niños y adolescentes con depresión mayor vuelven a recaer en un período de cinco años, y muchos lo hacen en el primer año⁽¹²⁾.

En los ensayos clínicos, también se pone de manifiesto que al final del tratamiento una cantidad considerable de pacientes continúan presentando síntomas. A pesar de esto, la mayoría de los estudios no realizan seguimiento más allá de los nueve meses, y los que lo hicieron (nueve meses-dos años) encontraron que un gran porcentaje de la muestra continuaba presentando síntomas depresivos o recurrencia⁽¹²⁾.

Es importante estudiar y tomar en cuenta posibles factores responsables de las recaídas posterior al tratamiento, por ejemplo, dificultades en las relaciones familiares, enfermedad psiquiátrica de los padres, características culturales y étnicas, enfermedades físicas o patología comórbida.

Tratamiento farmacológico.

A través de las últimas décadas el uso de los fármacos antidepresivos en la población menor de 18 años ha sido un tema de gran controversia debido a sus efectos adversos, se han hecho varios estudios entorno a cuál es el mejor y más idóneo fármaco antidepresivo en relación a seguridad y eficacia.

2.2.11 Prescripción de antidepresivos en la infancia y en la adolescencia

En el año 2000, The Royal College of Paediatrics and Child Health del Reino Unido recomendó la utilización de fármacos antidepresivos como segunda opción, únicamente cuando no hubiese otra alternativa y su indicación estuviese suficientemente justificada⁽²⁷⁾. En el 2003, el Committee on Safety of Medicines(CSM) desaconsejó el uso del citalopram, escitalopram, fluvoxamina, paroxetina, sertralina y venlafaxina en el tratamiento de la depresión en menores de

18 años, y con respecto a la fluoxetina señaló que aunque no se recomendaba en la ficha técnica, el balance riesgo/beneficio de este fármaco parecía favorable. En el 2004 la Food and Drug Administration (FDA), advirtió sobre la posible asociación entre la utilización de fármacos antidepresivos y la aparición de ideación suicida, por lo que desaconsejó el uso de estos fármacos en la población menor de 18 años. Dos años después el Committee on Human Medicinal Products de la Agencia Europea de Evaluación de Fármacos (EMA) revisó, en el año 2005, el uso pediátrico de los ISRS (inhibidores selectivos de la receptación de serotonina) y IRSN (inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina) y se observó una mayor frecuencia de hostilidad e intentos o pensamientos suicidas en comparación con el placebo. Sin embargo, este mismo organismo concluyó en el 2006 que el uso de la fluoxetina tenía beneficios potenciales en comparación con los riesgos. En el 2007 la FDA autoriza únicamente el uso de la fluoxetina en el tratamiento de trastorno depresivo mayor en los menores de edad⁽²⁷⁾.

Cuadro 1.2 Propiedades farmacocinéticas de los ISRS en niños y adolescentes.

Fármaco	Dosis inicio (mg/día)	Dosis efectiva (mg)	Dosis máxima (mg)	Efectos adversos
---------	-----------------------	---------------------	-------------------	------------------

Fluoxetina	20	40	60	Sedación, Malestar gastrointestinal, erupción cutánea, cefalea, inquietud, insomnio, actividad conductual (hiperactividad, impulsividad, conducta desafiante o agresividad), rash cutáneo.
Citalopram	10	20	60	Náusea, boca seca, mareo, insomnio, sudoración excesiva, temblor, diarrea, cefalea, rinitis.
Sertralina	25	50	100	Ansiedad, malestar gastrointestinal, insomnio, náuseas, y en menor medida de diarrea y vómitos.
Paroxetina	20	30	40	Similares a Citalopram, pero efectos antimuscarínicos más frecuentes. Hostilidad, trastornos del sueño, temblor, cefalea, náuseas y mareo

Fuente: ⁽²⁷⁾

Nota: Las dosis anotadas solo deben ser utilizadas como guía, ya que cada fármaco y su respectiva dosis debe ser individualizada y adecuada con respecto al paciente. Se debe iniciar en la medida de lo posible con la dosis mínima efectiva e ir adecuando la dosis con base en los resultados obtenidos.

2.2.12 Recomendaciones

El tratamiento de la depresión en la adolescencia debería ser integral, y abarcar todas aquellas intervenciones psicoterapéuticas, farmacológicas y/o psicosociales que puedan mejorar su bienestar y capacidad funcional.

El manejo de la depresión debería incluir siempre cuidados clínicos estándar, entendiendo como tales, psicoeducación, apoyo individual y familiar, técnicas de resolución de problemas, coordinación con otros profesionales, atención a otras comorbilidades y monitorización regular del estado mental.

Independientemente de la terapia utilizada, habría que conseguir siempre una alianza terapéutica sólida y utilizar técnicas específicas para la infancia y adolescencia, así como contar con los padres como parte fundamental del proceso terapéutico⁽¹⁶⁾.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio es de tipo cuantitativo debido a que se basa en la aplicación de un instrumento en una población seleccionada así como la recolección de datos y medición estandarizada.

El estudio tendrá una orientación transversal debido a que se examinará un fenómeno junto con sus variables en una población seleccionada en un tiempo determinado.

Es una investigación de tipo no experimental ya que se realiza un estudio sin la manipulación deliberada de las variables y en los que solo se observa los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizará en la provincia de Limón, específicamente en el Colegio Diurno de Limón ubicado en Barrio Cerro mocho, en estudiantes de secundaria de séptimo a undécimo año.

3.2.1 Unidades de análisis

El universo abarca a todos los estudiantes del Colegio Diurno de Limón durante el año 2016 cursan de séptimo a undécimo año.

La muestra es probabilística y todos los estudiantes tienen la misma posibilidad de ser parte del estudio y se obtiene al aplicar un instrumento estadístico a la población total con el objetivo de aplicar los instrumentos a una parte seleccionada al azar.

3.2.2 Cálculo de la muestra:

Se realizó un prorratio de acuerdo con la cantidad de estudiantes cursando cada nivel académico para poder dividir a la población de forma proporcional, una vez hecho esto se realizó un muestro probabilístico el cual se basa en el principio de equiprobabilidad, esto quiere decir que todos los individuos de la muestra seleccionada tienen la misma posibilidad de ser escogidos. Una parte importante en la investigación es realizar un buen cálculo de la muestra, por lo que se utilizará la siguiente fórmula:

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA CONOCIENDO EL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN

La fórmula para calcular el tamaño de muestra cuando se conoce el tamaño de la población es la siguiente:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

En donde:

- N = tamaño de la población (1642).
- Z_a^2 = nivel de confianza (1.96²)
- p = probabilidad de éxito o proporción esperada (0.17).
- q = 1-p probabilidad de fracaso (1-0.17 = 0.83)
- d = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción) 0.05

Total: 192 estudiantes

3.2.3 Criterios de inclusión

- Estudiantes que aceptaron responder la encuesta.
- Estudiantes del turno A y del turno B.
- Estudiantes que portaban el consentimiento informado de los padres el día de realización de encuestas.
- Estudiantes entre los 12 y los 18 años de edad.

3.2.4 Criterios de exclusión

- Estudiantes ausentes el día de realización de encuestas.
- Estudiantes que no cuentan con el consentimiento informado de los padres para llenar la encuesta.
- Estudiantes que rechazaron responder las encuestas.

3.2.5 Fuentes de Información

La principal fuente de información se obtiene por medio del instrumento aplicado a los estudiantes del Colegio Diurno de Limón, a partir de ella se logra recolectar todos los datos necesarios para la realización del estudio.

Entre las fuentes secundarias de información se encuentran libros de psiquiatría, artículos académicos nacionales e internacionales, guías de depresión internacionales.

3.2.6 Identificación de las variables

Variable dependiente:

- Depresión.

Variables independientes:

- Factores sociodemográficos (edad, sexo, lugar de residencia).
- Síntomas depresivos.
- Severidad (depresión leve, depresión moderada, depresión severa).

3.2.7 Operacionalización de las variables

Objetivo Específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Definición o instrumental	Fuentes de información
Caracterizar a la población según sexo, edad, y lugar de residencia de los estudiantes del Colegio Diurno de Limón de sétimo a undécimo año, durante los meses de	Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Masculino/ Femenino	Mediante la aplicación de un cuestionario a los estudiantes incluidos en las muestra.	Preguntas en las encuestas.	Estudiantes
	Edad	Tiempo transcurrido	12,13,14,1516,17,18 años	Mediante la aplicación de un	Preguntas en las encuestas .	Estudiantes

<p>noviembre a diciembre del 2016.</p>		<p>desde el nacimiento de un ser vivo</p>		<p>cuestionario a los estudiantes incluidos en las muestra.</p>		
	<p>Residencia</p>	<p>Lugar geográfico donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares sociales y económicas.</p>	<p>Barrios</p>	<p>Mediante la aplicación de un cuestionario a los estudiantes incluidos en las muestra.</p>	<p>Preguntas en las encuestas .</p>	<p>Estudiantes</p>

<p>Identificar cuáles son los principales síntomas depresivos presentes en los estudiantes de sétimo a undécimo, por año, del Colegio Diurno de Limón entre noviembre a diciembre del 2016, según la escala de depresión de Zung.</p>	<p>Síntomas depresivos.</p>	<p>Alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, pérdida de energía, pérdida de interés, o perdida de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afectan la vida de la persona, durante la mayor</p>	<p>Estudiantes de sétimo a undécimo año.</p>	<p>Mediante la aplicación de un cuestionario.</p>	<p>Escala de depresión de Zung.</p>	<p>Estudiantes</p>
---	-----------------------------	--	--	---	-------------------------------------	--------------------

		parte del día durante al menos dos semanas.				
Identificar la severidad de los síntomas depresivos en los estudiantes de sétimo a undécimo, por año, del Colegio Diurno de Limón entre noviembre a diciembre del 2016, según la escala de depresión de Zung.	Severidad de los síntomas.	Depresión leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. (CIE-10) Depresión moderada: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del	Depresión leve Depresión moderada Depresión severa.	De acuerdo con la sumatoria obtenida se clasifica los resultados como “normal” puntuaciones por debajo de 50, “depresión leve” puntuaciones comprendidas entre 50 y 59, “depresión	Escala de depresión de Zung.	Estudiantes

		<p>criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. (CIE-10)</p> <p>Depresión grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. (CIE-10)</p>		<p>moderada” si la puntuación se encuentra entre 60 y 69, “depresión severa” puntuaciones superiores a 70.</p>		
--	--	--	--	--	--	--

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La obtención de los datos se realizó por medio de un muestreo probabilístico aleatorio simple, en donde se eligieron estudiantes al azar que cursaban de séptimo a undécimo año durante los meses de noviembre a diciembre del 2016. Se reunieron a los estudiantes en sus respectivas aulas y con ayuda de los docentes se aplicaron las encuestas a aquellos que portaban la autorización de los padres de familia por medio del consentimiento informado, así mismo solo se aplicó la encuesta a los estudiantes que estuvieron de acuerdo en responder las preguntas por medio del consentimiento informado. Previo a la aplicación del instrumento se les explicó a los estudiantes que la encuesta realizada es totalmente confidencial y que los datos serían utilizados solamente para la realización de este trabajo de investigación.

Encuesta para obtener datos sociodemográficos:

La obtención de la información sociodemográfica se basa en preguntas sencillas que indagan sobre datos personales tales como género, edad y lugar de residencia. (Ver Anexo).

Instrumento de estudio:

La escala de Zung para depresión (EZ-D) es un instrumento autoadministrado tipo Likert, fue desarrollada en 1965 por W.W. Zung para evaluar el nivel de depresión, deriva en cierto modo de la escala de Hamilton, ya que ambas le dan el mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo que consta de veinte ítems que se diligencian marcando con una equis la frecuencia de los síntomas

durante los últimos quince días y dos últimas semanas. Es una encuesta corta con 20 preguntas (10 elaboradas en forma positiva y 10 en forma negativa) que indican las características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones y las actividades psicomotoras, da puntuaciones de uno a cuatro para cada ítem y globales entre veinte y ochenta⁽²⁸⁾. Se utiliza la escala de tipo Likert de 4 puntos, el paciente cuantifica la frecuencia de los síntomas desde 1 (“raramente” o “nunca”) hasta 4 (“casi todo el tiempo” o “siempre”). Se puntúa de 1 a 4 para las preguntas de sentido negativo, o de 4 a 1, para las preguntas de sentido positivo. El rango de puntuación es de 20, como la puntuación mínima y de 80, como la puntuación máxima. El resultado puede presentarse como la sumatoria de estas puntuaciones o como un porcentaje (suma total de las puntuaciones de cada ítem dividida entre el puntaje máximo), oscilando en rangos entre 25 % y 100%, conocido como índice EAD. (Escala auto aplicada de depresión).

Los valores para la escala de depresión de Zung son:

- Depresión leve, con valor del índice de EAD, entre 50- 59 o una puntuación bruta entre 40- 47.
- Depresión moderada, según el índice de EAD, entre 60-69 o una puntuación bruta entre 48-55.
- Depresión severa, un índice de EAD mayor a 70 o una puntuación bruta mayor de 56.

En el estudio de Zung, (1965) la prueba original se aplicó a un total de 56 pacientes admitidos en una clínica psiquiátrica, con un diagnóstico primario de desorden

depresivo, 31 de estos pacientes fueron tratados por este desorden, mientras que otros 25 recibieron otro tipo de diagnóstico. Dentro del grupo de depresivos, 22 completaron la prueba nuevamente después de recibir tratamiento. Finalmente se aplicó la prueba a un grupo control de 100 personas, empleados del hospital y pacientes sin diagnóstico de depresión. Los resultados obtenidos fueron una media de 0.74 para los pacientes con diagnóstico de depresión y 0.39 después del tratamiento. La media para el grupo control fue de 0.33 . A partir de entonces esta escala ha demostrado su utilidad en varios contextos en atención primaria⁽²⁹⁾, en contextos clínicos, en estudios epidemiológicos, en investigación y en validaciones de otras pruebas, en pacientes con VIH⁽³⁰⁾. Igualmente se ha utilizado con diferentes poblaciones: en pacientes con retardo cerebral, pacientes con cáncer y con adultos mayores⁽³¹⁾. En Colombia se realizó un estudio con población adolescente escolarizada, para analizar la validez de constructo y se encontró que la consistencia interna de la escala fue 0.689, se observó un primer factor principal (estado de ánimo deprimido) que explicaba el 15.8% de la varianza y un segundo factor (síntomas cognoscitivos y somáticos) que daba cuenta de 9.1% de la varianza⁽²⁸⁾.

3.4 METODOLOGÍA

3.4.1 Prevalencia de depresión según grado académico

Prevalencia puntual:

La prevalencia puntual es la frecuencia de una enfermedad o condición en un punto del tiempo. Es una proporción que expresa la probabilidad de que una persona sea un caso en un momento o edad determinados. La prevalencia puntual se estima con la siguiente fórmula:

$$\text{Prevalencia puntual} = \text{Ct}/\text{Nt}$$

Ct= número de casos existentes (prevalentes) en un momento o edad determinados.

Nt= número total de individuos en la población en ese momento o edad determinados.

Estudiantes femeninas

$$\frac{28}{192} = 0,14 \times 100 = 14\%$$

Estudiantes masculinos

$$\frac{13}{192} = 0,06 \times 100 = 6\%$$

Estudiantes de séptimo año

Depresión leve:

$$\frac{10}{58} = 0,17 \times 100 = 17\%$$

Estudiantes de octavo año

Depresión leve:

$$\frac{8}{42} = 0,19 \times 100 = 19\%$$

Depresión moderada:

$$\frac{1}{42} = 0,02 \times 100 = 2\%$$

Depresión severa:

$$\frac{1}{42} = 0,02 \times 100 = 2\%$$

Estudiantes de noveno año

Depresión leve:

$$\frac{6}{34} = 0,17 \times 100 = 17\%$$

Depresión moderada:

$$\frac{2}{34} = 0,05 \times 100 = 5\%$$

Estudiantes de décimo año

Depresión leve:

$$\frac{7}{33} = 0,21 \times 100 = 21\%$$

Estudiantes de undécimo año

Depresión leve:

$$\frac{4}{23} = 0,17 \times 100 = 17\%$$

Depresión moderada:

$$\frac{2}{23} = 0,08 \times 100 = 8\%$$

Prevalencia general

$$\frac{41}{192} = 0,21 \times 100 = 21\%$$

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Cuadro 4.1 Estudiantes del Colegio Diurno de Limón de sétimo a undécimo año durante el período de noviembre a diciembre del año 2016.

Sexo	Número
Masculino	779
Femenino	863
Total	1642

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la dirección del Colegio Diurno de Limón.

En el cuadro realizado se puede observar un leve predominio de la población femenina en comparación con la población masculina del colegio Diurno de Limón, durante el año 2016. La diferencia es de 84 estudiantes femeninas.

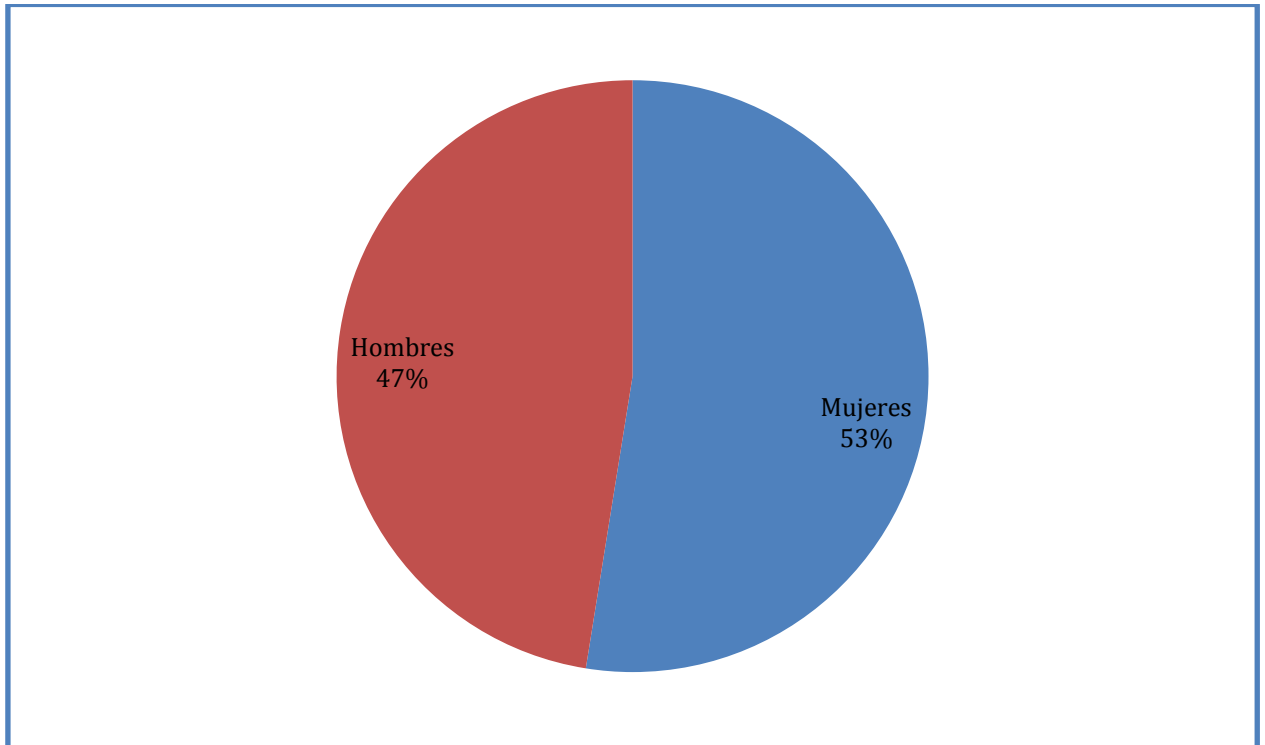
Cuadro 4.2 Distribución porcentual de acuerdo con el sexo de los estudiantes del Colegio Diurno de Limón de sétimo a undécimo año, durante el período de noviembre a diciembre del año 2016.

Sexo	Masculino	Femenino
Porcentaje	47.44%	52.56%
Total	100%	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la dirección del Colegio Diurno de Limón.

El cuadro anterior distribuye a los estudiantes del Colegio Diurno de Limón durante el año 2016 de acuerdo con el sexo, observándose que las mujeres representan la mayor parte de la población estudiantil.

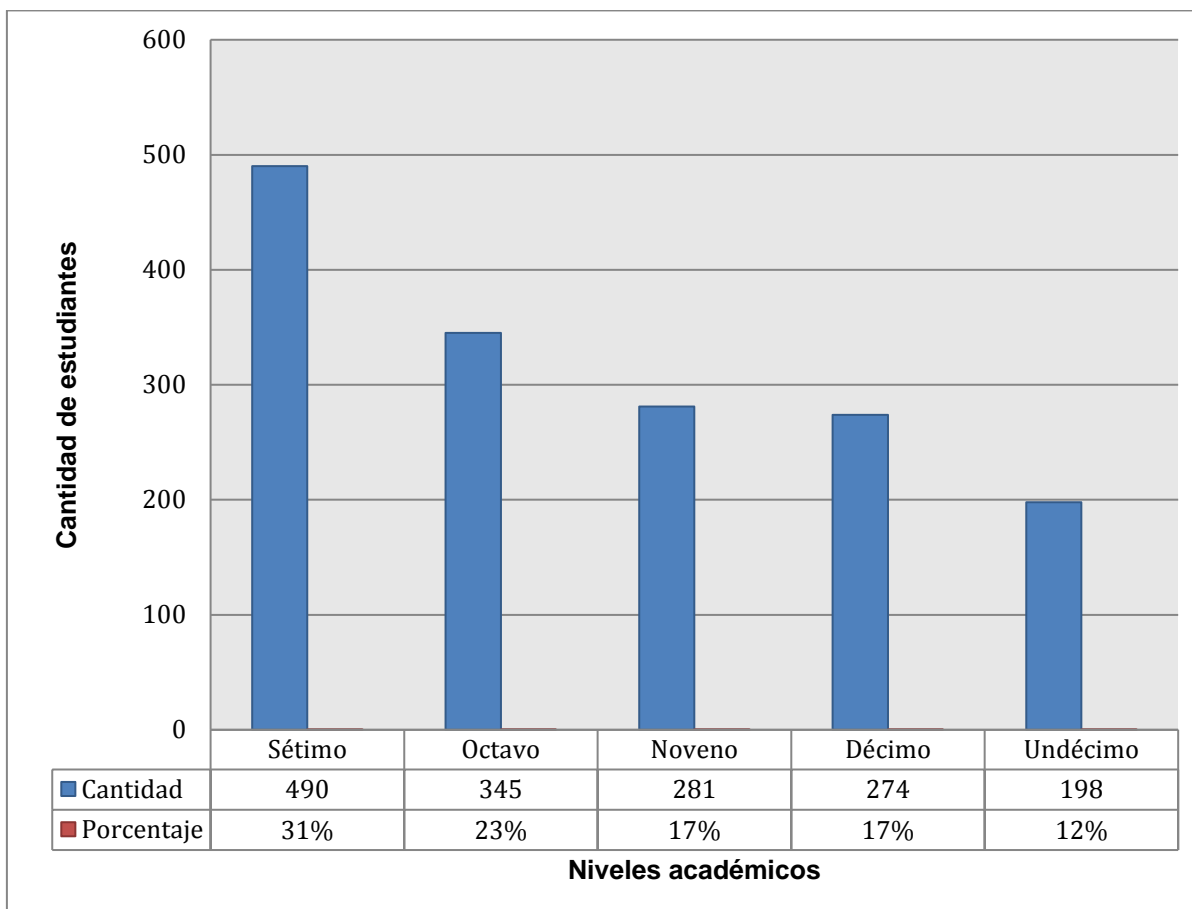
Gráfico 4.1 Distribución porcentual de acuerdo al sexo de los estudiantes del Colegio Diurno de Limón de sétimo a undécimo año durante el período de noviembre a diciembre del año 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la dirección del Colegio Diurno de Limón.

En el grafico anterior se representa porcentualmente la población estudiantil total del Colegio Diurno de Limón, observándose una diferencia de 6%, con una predominancia del sexo femenino.

Gráfico 4.1. Estudiantes de 12 a 18 años del Colegio Diurno de Limón de séptimo a undécimo año durante el período de noviembre a diciembre del año 2016.

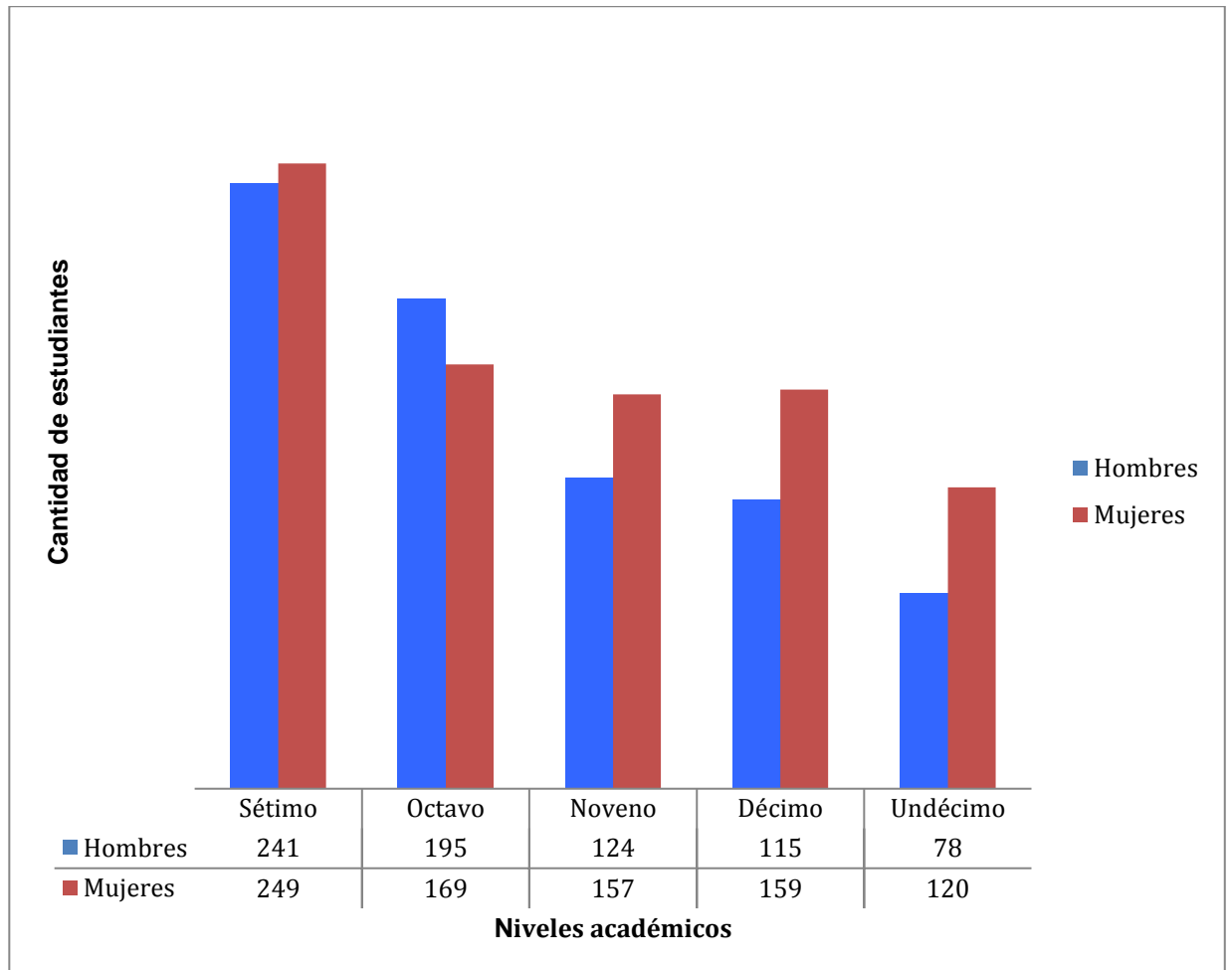


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la dirección del Colegio Diurno de Limón.

En el gráfico anterior se representa la población estudiantil de 12 a 18 años durante los meses de noviembre a diciembre del 2016, se puede observar el predominio de estudiantes cursando el séptimo año, en segundo lugar se encuentra la población de octavo año, el tercer puesto en cantidad de estudiantes corresponde para los estudiantes de décimo año, posteriormente se encuentran los estudiantes de

noveno año, y la minoría estudiantil corresponde para los estudiantes de undécimo año. Este patrón se ha visto a lo largo de los años, predominando siempre los estudiantes de séptimo año, la disminución en la población estudiantil en los demás años se debe a varios factores tales como deserción, estudiantes repitentes y traslado de colegio. A pesar de que anteriormente se mostró que la población estudiantil total durante el 2016 fue de 1642, el gráfico representa solamente 1607 estudiantes, debido a que se excluyeron a todos aquellos estudiantes mayores de 18 años para la realización de este estudio.

Gráfico 2.3 Distribución de acuerdo al sexo de los estudiantes del Colegio Diurno de Limón de sétimo a undécimo año durante el año 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la dirección del Colegio Diurno de Limón.

En el grafico anterior se realizó la distribución estudiantil de acuerdo al sexo. Se puede observar que en la mayoría de los grados a excepción de octavo año el grupo femenino es el sexo predominante. En los estudiantes de sétimo año, la diferencia de sexo en los estudiantes es de solo 8 mujeres por encima de los hombres. En la población estudiantil de octavo año el sexo masculino predominó con 26 hombres.

Cabe rescatar que en los estudiantes de quinto año la población masculina fue la más baja en comparación con los otros grados, donde solamente son 95 hombres.

Gráfico 4.4 Distribución de acuerdo a la edad de los estudiantes participantes de la muestra del Colegio Diurno de Limón de séptimo a undécimo año, durante noviembre a diciembre del año 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la dirección del Colegio Diurno de Limón.

El gráfico anterior muestra la distribución de acuerdo a la edad de los estudiantes incluidos en la muestra. Se observa que solamente hubo 2 estudiantes de 12 años, la y la mayoría de la población se encontraba entre los 14 y los 16 años.

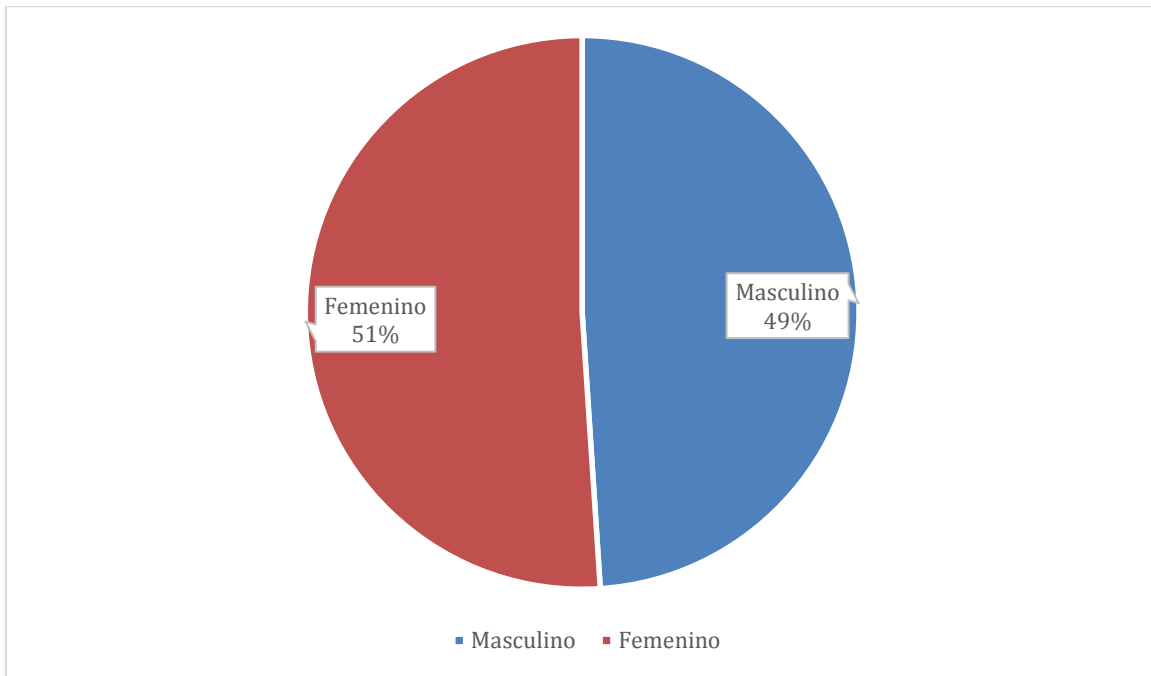
Cuadro 4.3 Distribución de acuerdo al sexo de los estudiantes incluidos en la muestra del Colegio Diurno de Limón.

Sexo	Masculino	Femenino
Cantidad	94	98
Total	192	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la dirección del Colegio Diurno de Limón.

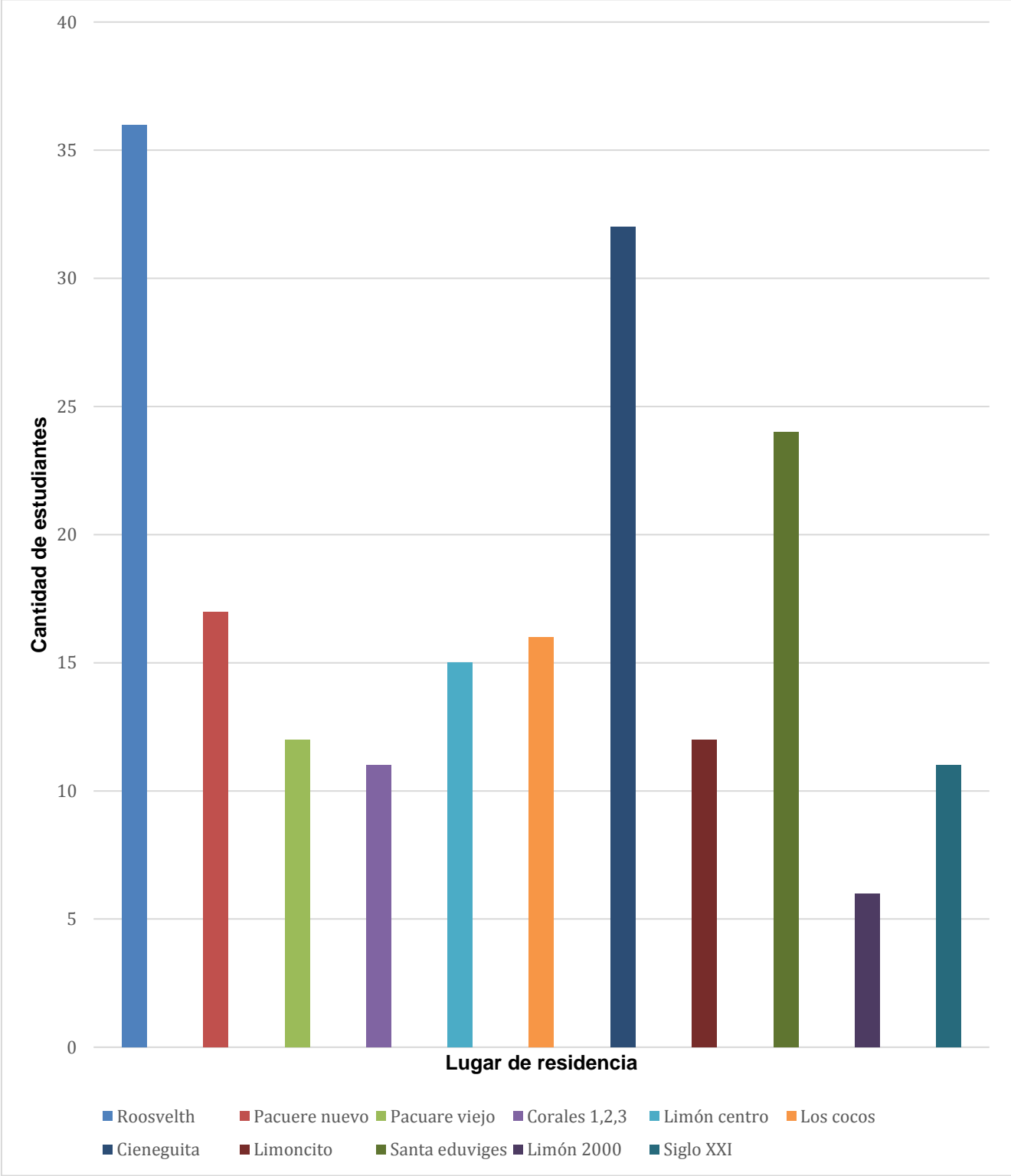
Se observa que el sexo femenino predomina no solo en la población estudiantil general sino que también predominó en la muestra de la población total, siendo superior a la población masculina por cuatro estudiantes.

Gráfico 4.5 Distribución porcentual de acuerdo al sexo de los estudiantes incluidos en la muestra del Colegio Diurno de Limón.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la dirección del Colegio Diurno de Limón.

Gráfico 4.6 Distribución de acuerdo al lugar de residencia de los estudiantes incluidos en la muestra del Colegio Diurno de Limón noviembre a diciembre del año 2016

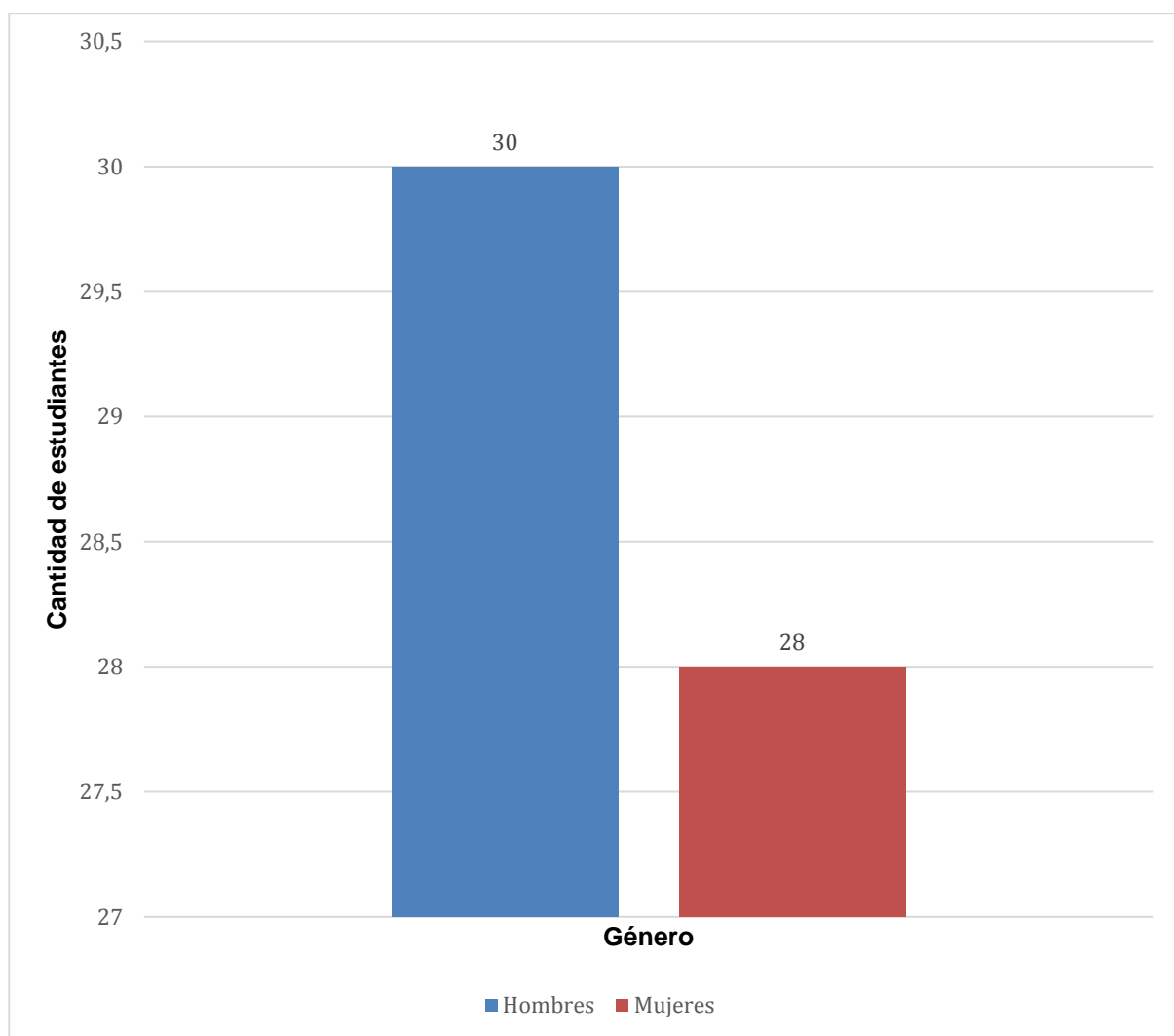


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la dirección del Colegio Diurno de Limón.

El Colegio Diurno de Limón es la institución pública de mayor población estudiantil del cantón central de Limón, posee estudiantes de toda la provincia, principalmente de barrios centrales.

El gráfico anterior representa la población estudiantil de acuerdo al barrio en donde viven. Se puede observar que la mayor parte de la población corresponde a estudiantes que viven en barrios cercanos a la institución. Principalmente Barrio Roosevelt, Cieneguita, Santa Eduvigés, y Limón centro.

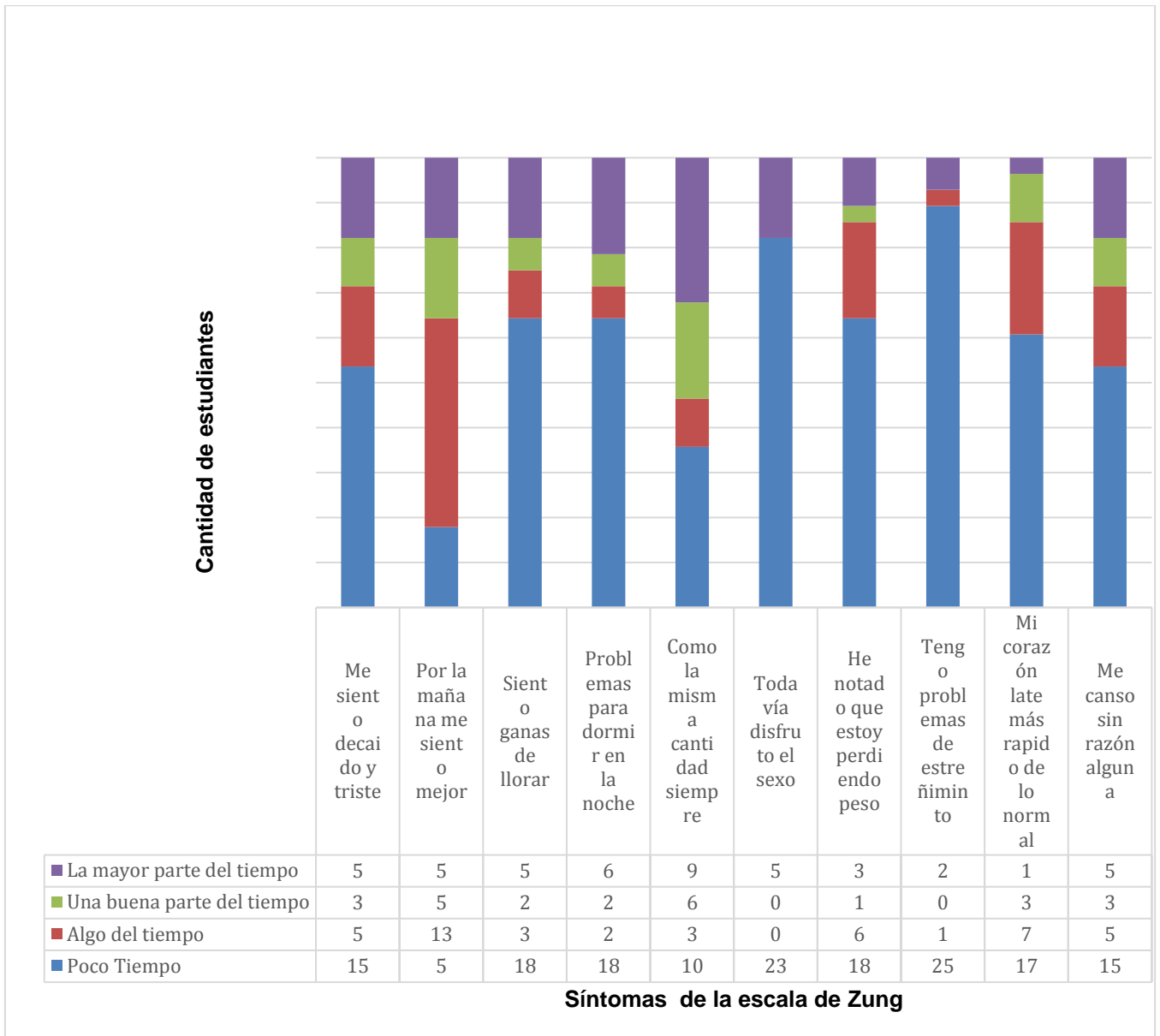
Gráfico 4.7 Representación gráfica de los estudiantes de séptimo año incluidos en la muestra del Colegio Diurno de Limón.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la dirección del Colegio Diurno de Limón.

El gráfico anterior representa la distribución de los estudiantes de séptimo año incluidos en la muestra de acuerdo al sexo, se observa una que en este caso la mayoría de estudiantes son hombres.

Gráfico 4.8 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de séptimo año.

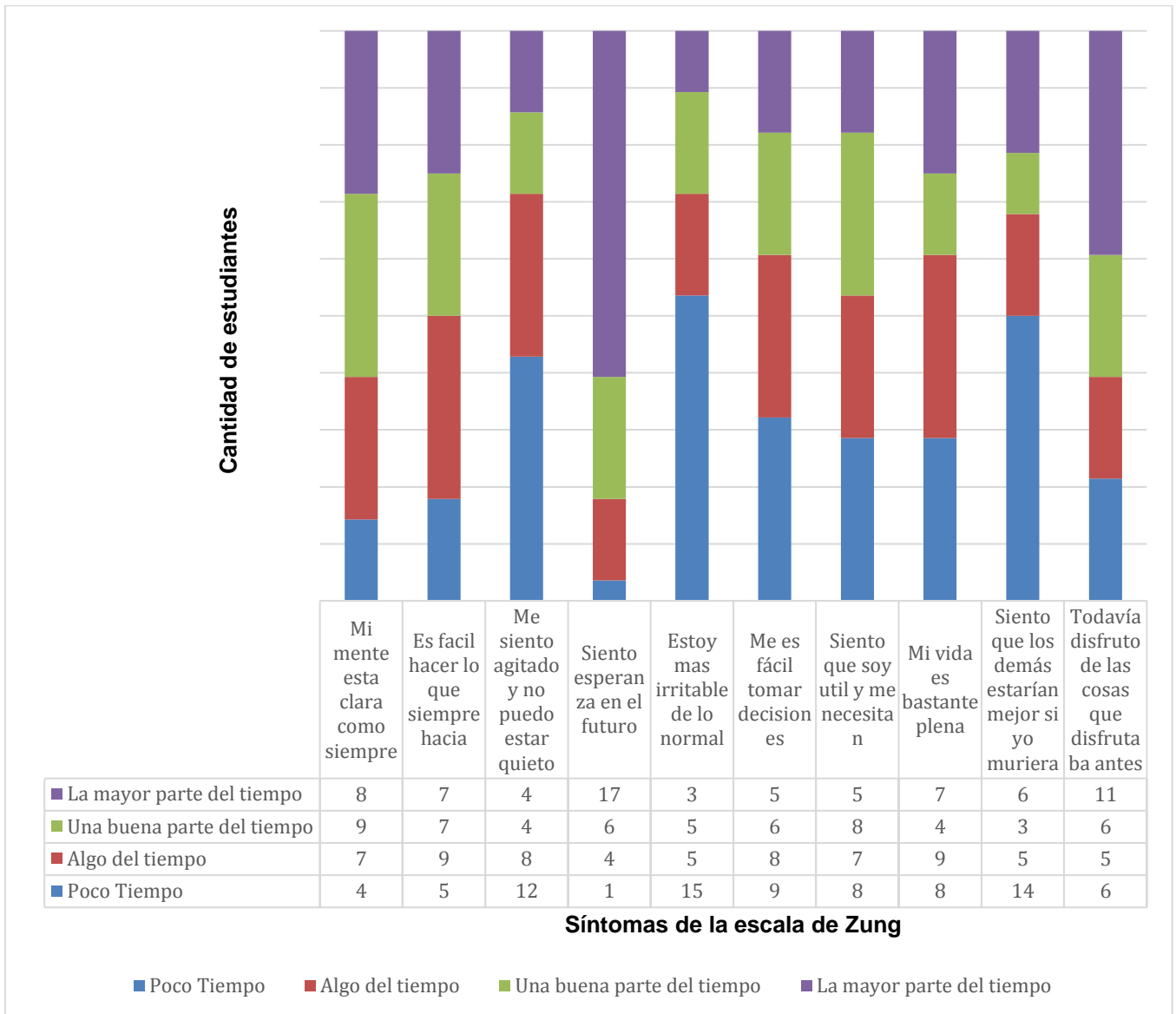


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

El gráfico anterior ubica los primeros 10 ítems de la escala de Zung dentro de los cuales 7 son de carácter positivo y 3 de carácter negativo. Se observa que el

síntoma de tristeza y decaimiento de predominancia temporal solo estuvo presente en 5 mujeres. Al igual solamente 5 mujeres expresaron ganas de llorar la mayoría del tiempo. Cabe destacar que los síntomas físicos no tuvieron relevancia de severidad en las mujeres de séptimo año, ya que la gran mayoría respondió a esos ítems con “poco tiempo”.

Gráfico 4.9 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de séptimo año.

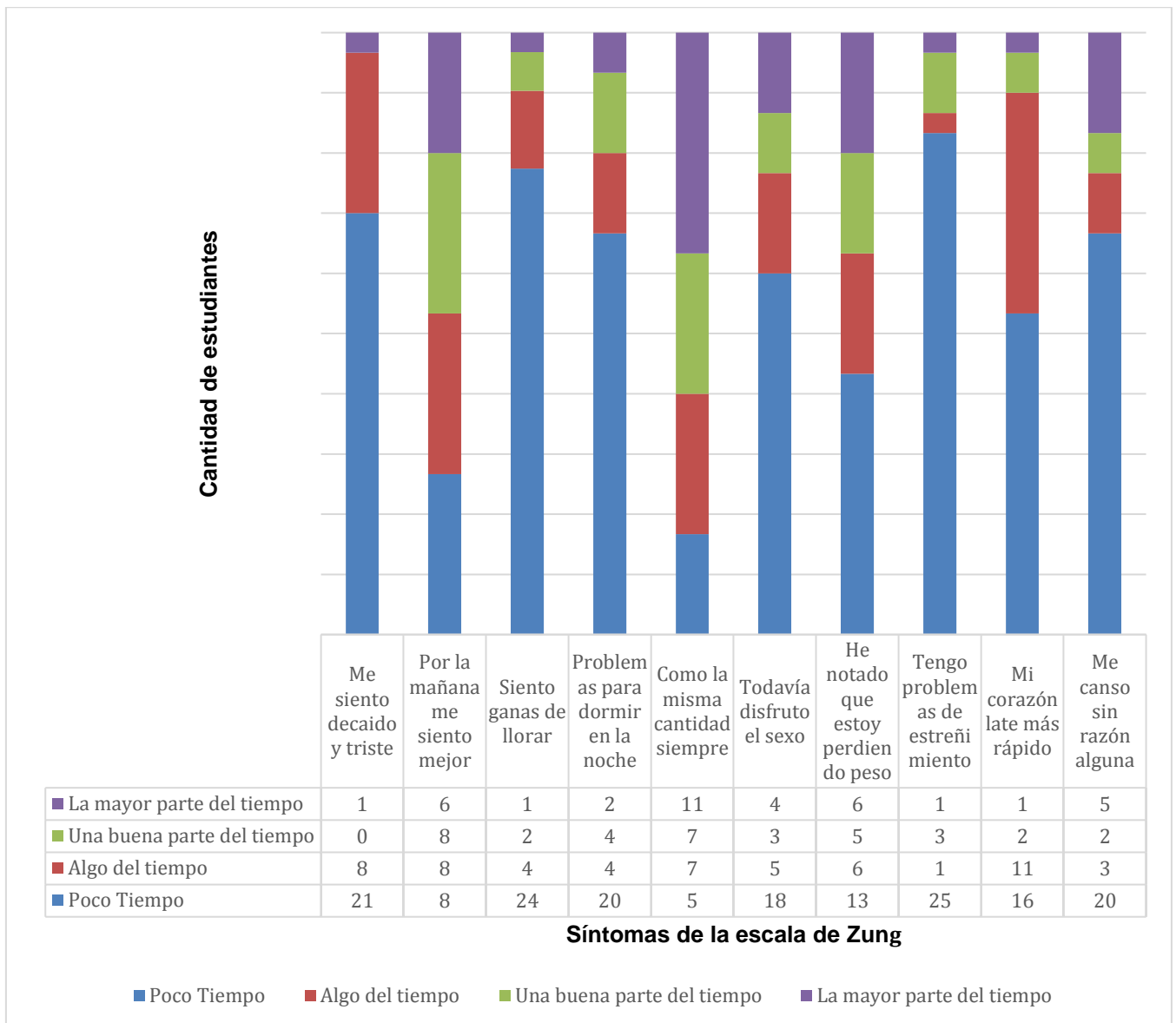


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung

El gráfico anterior representa los segundos 10 ítems de la escala de Zung, vale la pena resaltar que la mayoría de las estudiantes respondieron sentir esperanza en el futuro la mayoría del tiempo y que disfrutaban realizar cosas que con anterioridad

hacían, esto nos da visión positiva y nos dirige a pensar que muy probablemente esta pequeña parte de la población no tenga trastornos del ánimo. Dentro de los síntomas negativos, quizás el más importante en el gráfico sea el que se refiere con deseos de morir, observándose que 6 mujeres respondieron a esta pregunta “la mayoría del tiempo”, de forma independiente este ítem tiene una gran importancia porque refleja de forma panorámica la forma de sentirse del adolescente con respecto a sí mismo y a los que le rodean.

Gráfico 4.10 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de sétimo año.

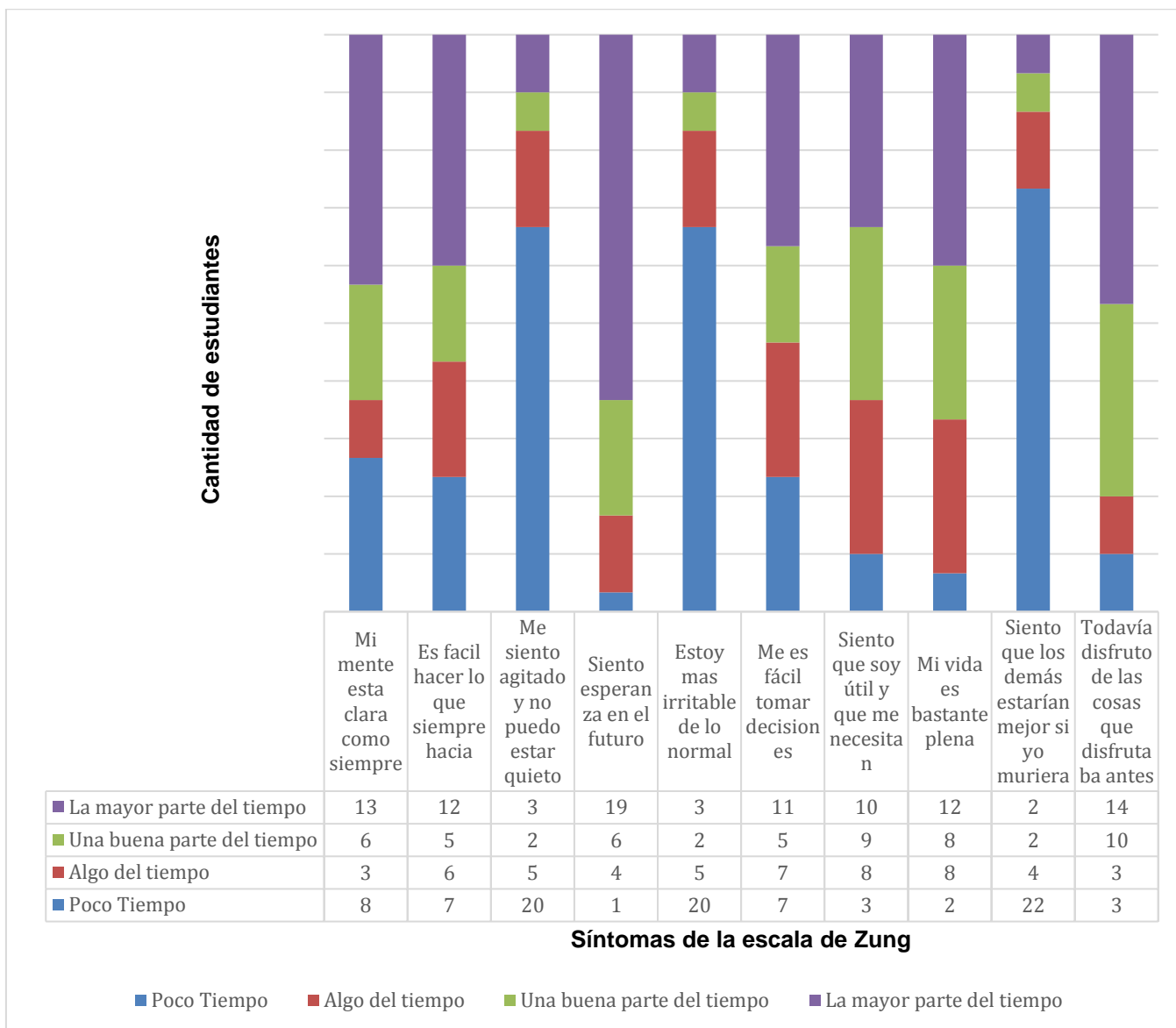


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

Se observa que en la población masculina los síntomas negativos se presentan con poca frecuencia, tanto así que solo un joven expresó sentir ganas de llorar la mayor parte del tiempo. Dentro de los síntomas somáticos el que tuvo mayor

representación por presentarse la mayor parte del tiempo fue la percepción propia de pérdida de peso, donde 6 jóvenes respondieron “la mayoría del tiempo” y 5 “una buena parte del tiempo”.

Gráfico 4.11 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de séptimo año.

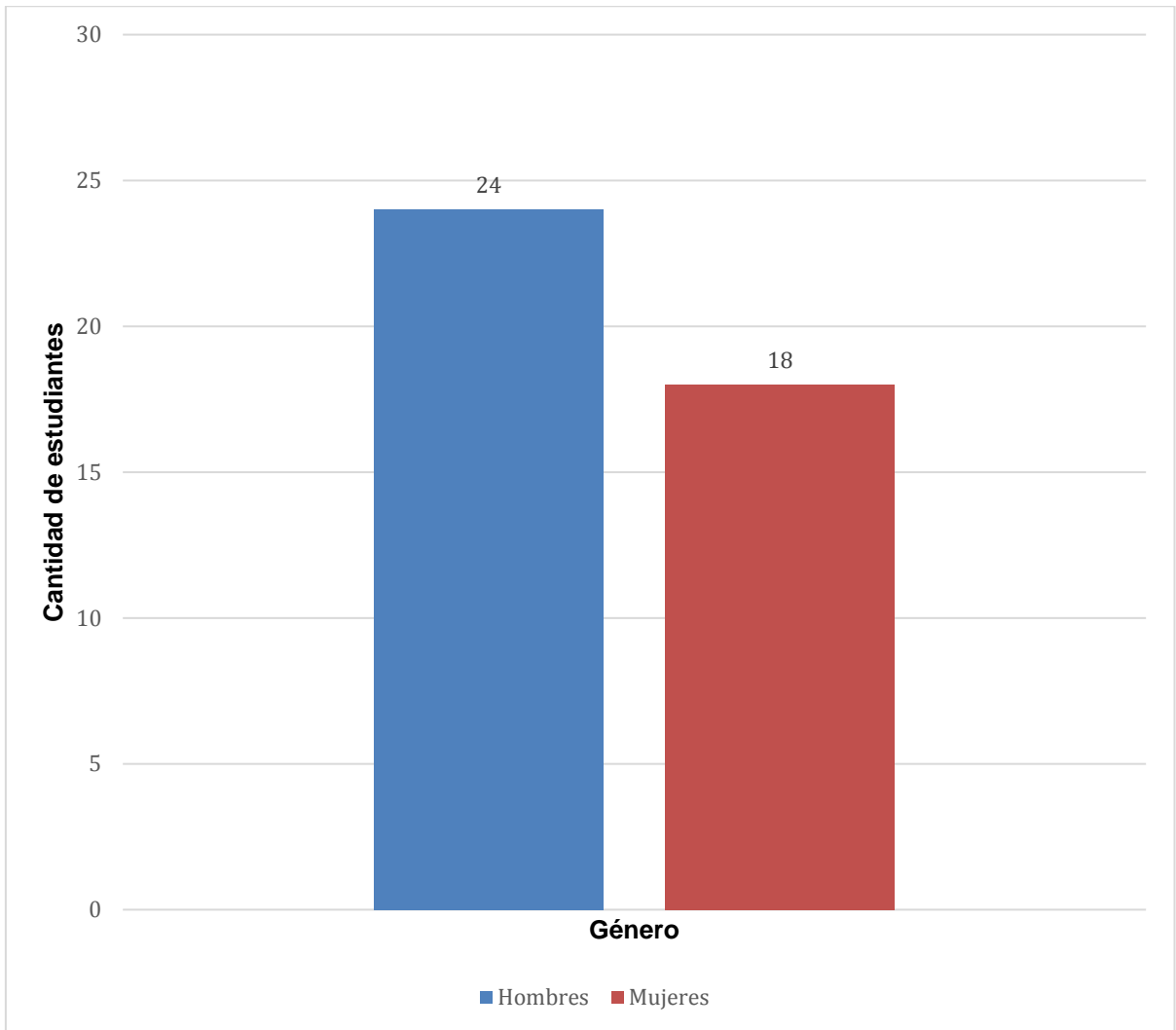


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

Se puede observar con el gráfico anterior que muy pocos jóvenes refirieron síntomas asociados a la depresión con una duración prolongada, a los síntomas negativos la mayoría respondió “poco tiempo” o “algo del tiempo”, y a las preguntas

de carácter positivo la gran mayoría respondió “la mayor parte del tiempo”. Sin embargo 8 hombres respondieron sentir que los demás estarían mejor si ellos murieran, esto fue mayor en comparación con las mujeres que cursan el sétimo año, ya que solo 4 respondieron de esa forma.

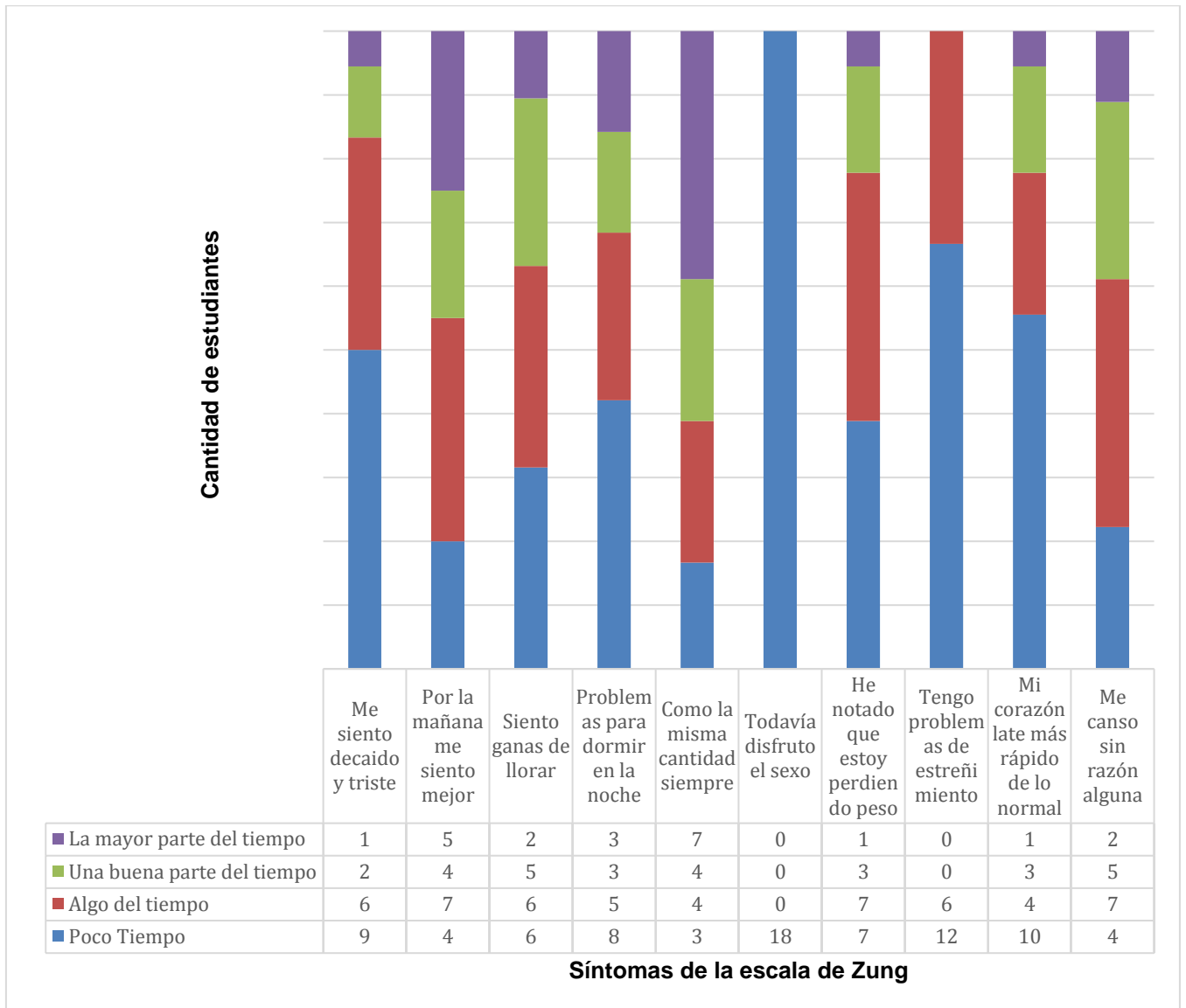
Gráfico 4.12 Representación gráfica de los estudiantes de octavo año incluidos en la muestra



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

La participación del sexo masculino dentro de la muestra predominó también en los estudiantes de octavo año, donde fue superior a las mujeres por 6 estudiantes.

Gráfico 4.13 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de octavo año.

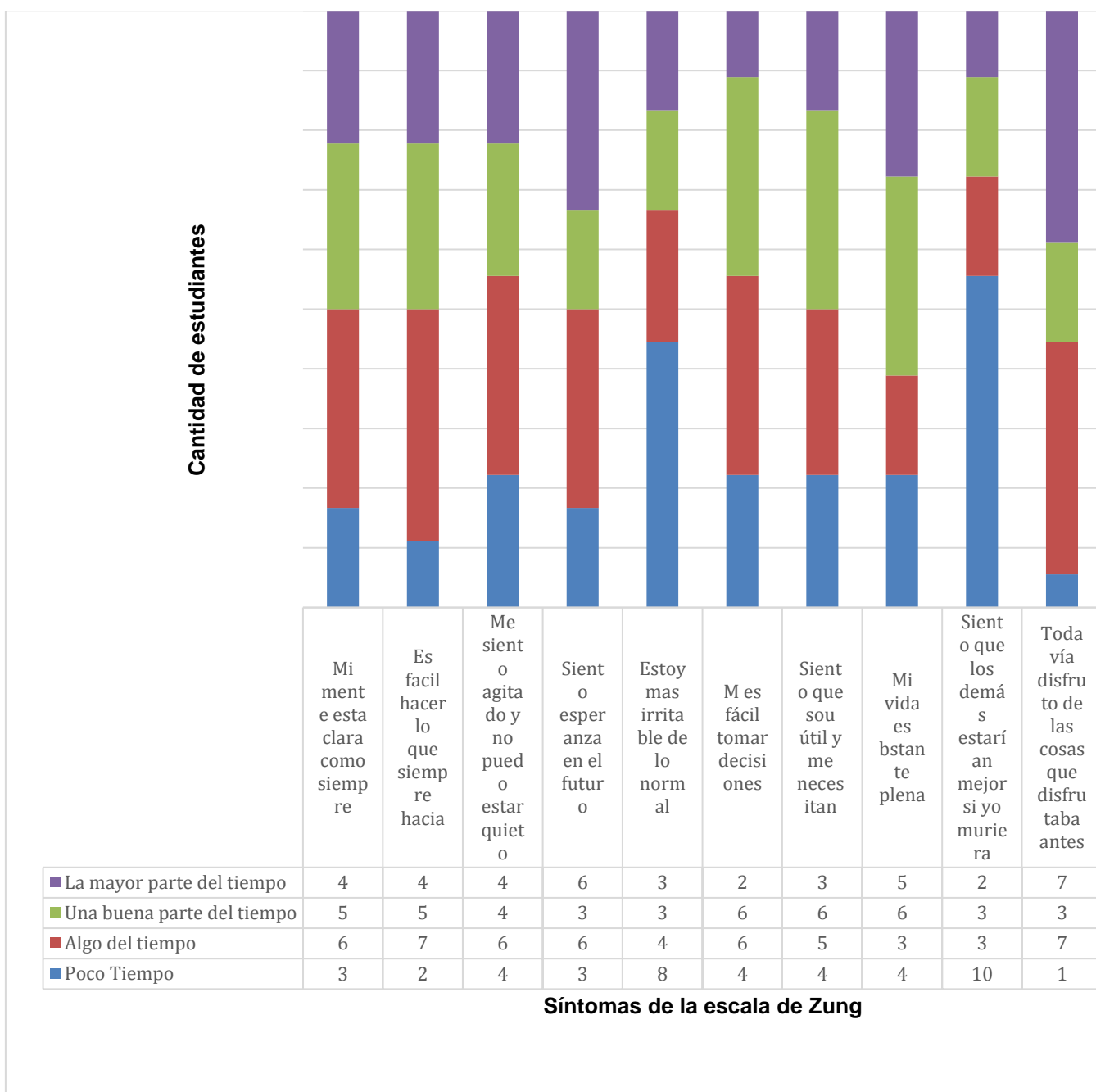


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

El gráfico representa la sintomatología de los primeros 10 ítems de la escala de Zung, en donde se observa que los síntomas de carácter negativo fueron

respondidas de forma tal que no representan características de trastorno depresivo, solamente una joven respondió sentirse triste la mayor parte del tiempo, y dos respondieron una buena parte del tiempo. Dentro de los síntomas físicos el único que muestra relevancia corresponde al que se refiere a la pérdida de peso, en donde 11 estudiantes respondieron notar esto con alguna frecuencia. Ninguna estudiante refirió tener problemas de estreñimiento y con respecto a la taquicardia la mayoría respondió no tener presente este síntoma.

Gráfico 4.14 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de octavo año.

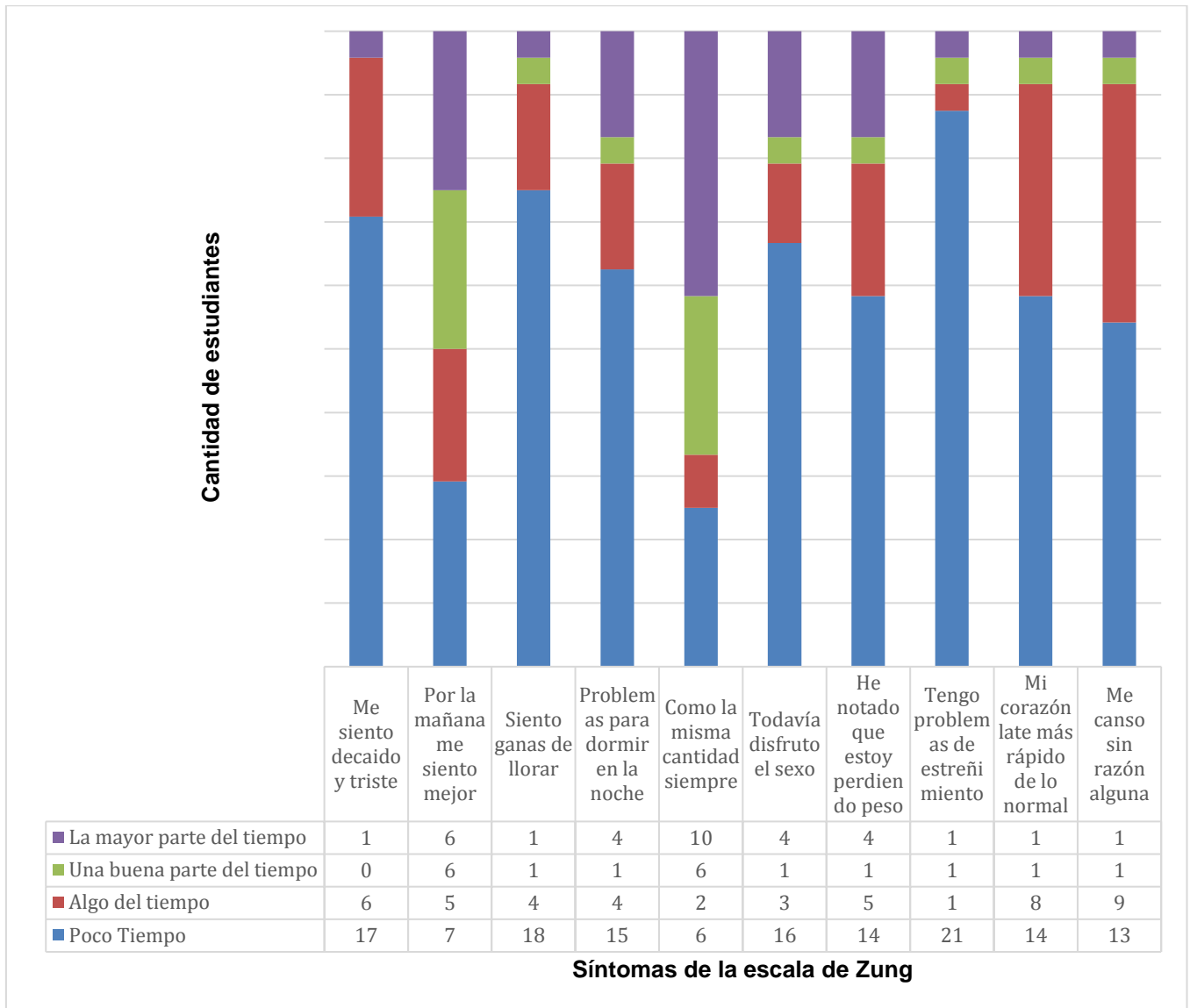


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

Se puede observar que los síntomas de carácter negativo tomaron mayor relevancia en este grupo, al igual que los síntomas físicos, 14 mujeres respondieron sentirse

agitadas de forma frecuente, 10 respondieron sentirse irritables con algún tipo de frecuencia. La minoría de estudiantes respondieron sentirse inútiles con frecuencia importante, y la mayoría respondieron disfrutar de actividades que anteriormente realizaban. Sin embargo, es importante observar que 8 mujeres refirieron sentir que los demás estarían mejor si ellas murieran, cantidad que es preocupante.

Gráfico 4.15 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de octavo año.

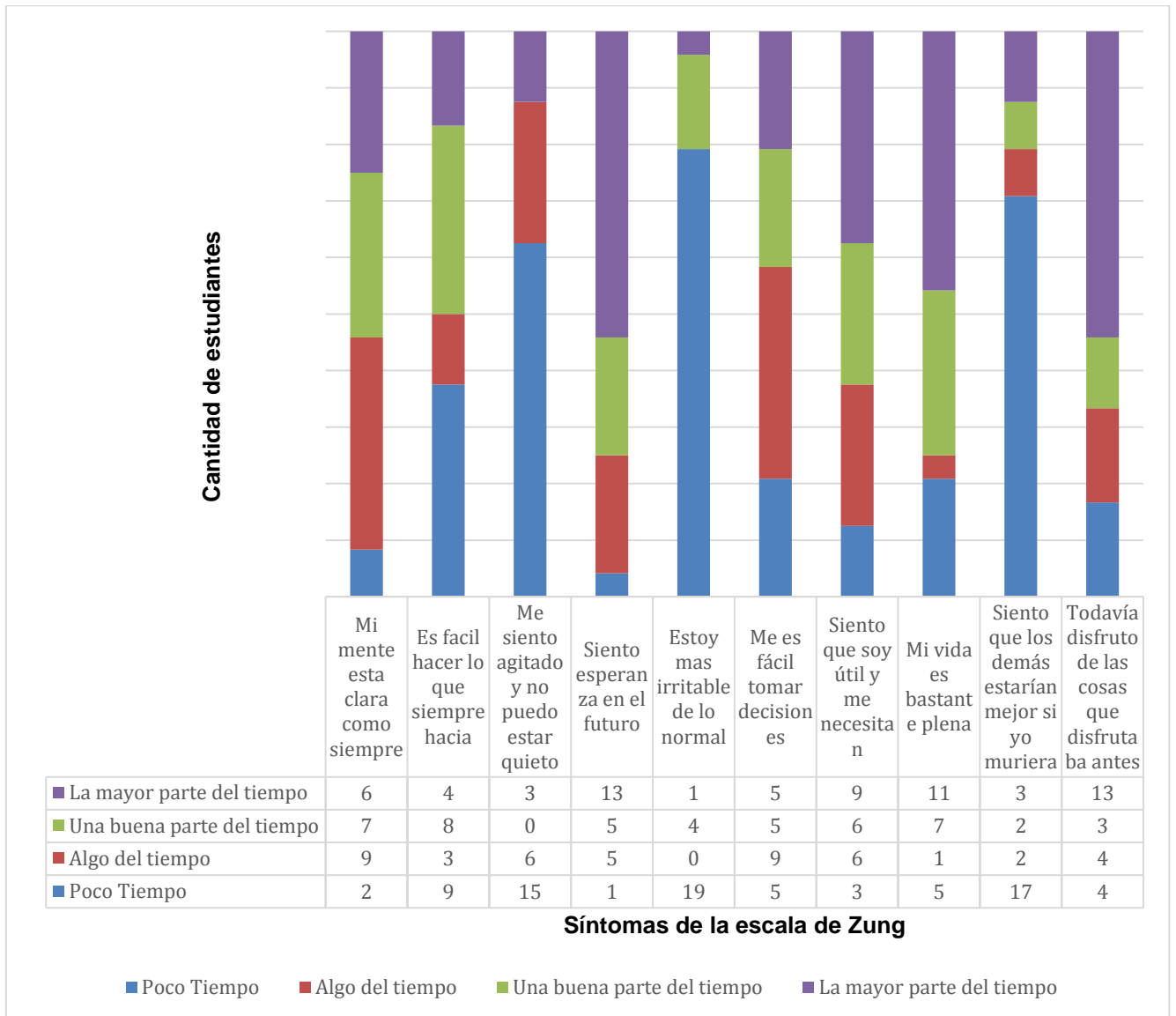


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

En el gráfico anterior se observa como los síntomas negativos tanto afectivos como somáticos no tienen una predominancia significativa, debido a que la mayoría de los jóvenes respondieron a los ítems negativos con “poco tiempo”. Todo lo contrario con los ítems de carácter positivo, en donde se observa que los estudiantes

respondieron de forma adecuada en su gran mayoría. Por ejemplo el ítem que hace referencia al apetito y a la alimentación regular, se observa que 16 respondieron comer igual que antes en una frecuencia elevada.

Gráfico 4.16 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de octavo año.

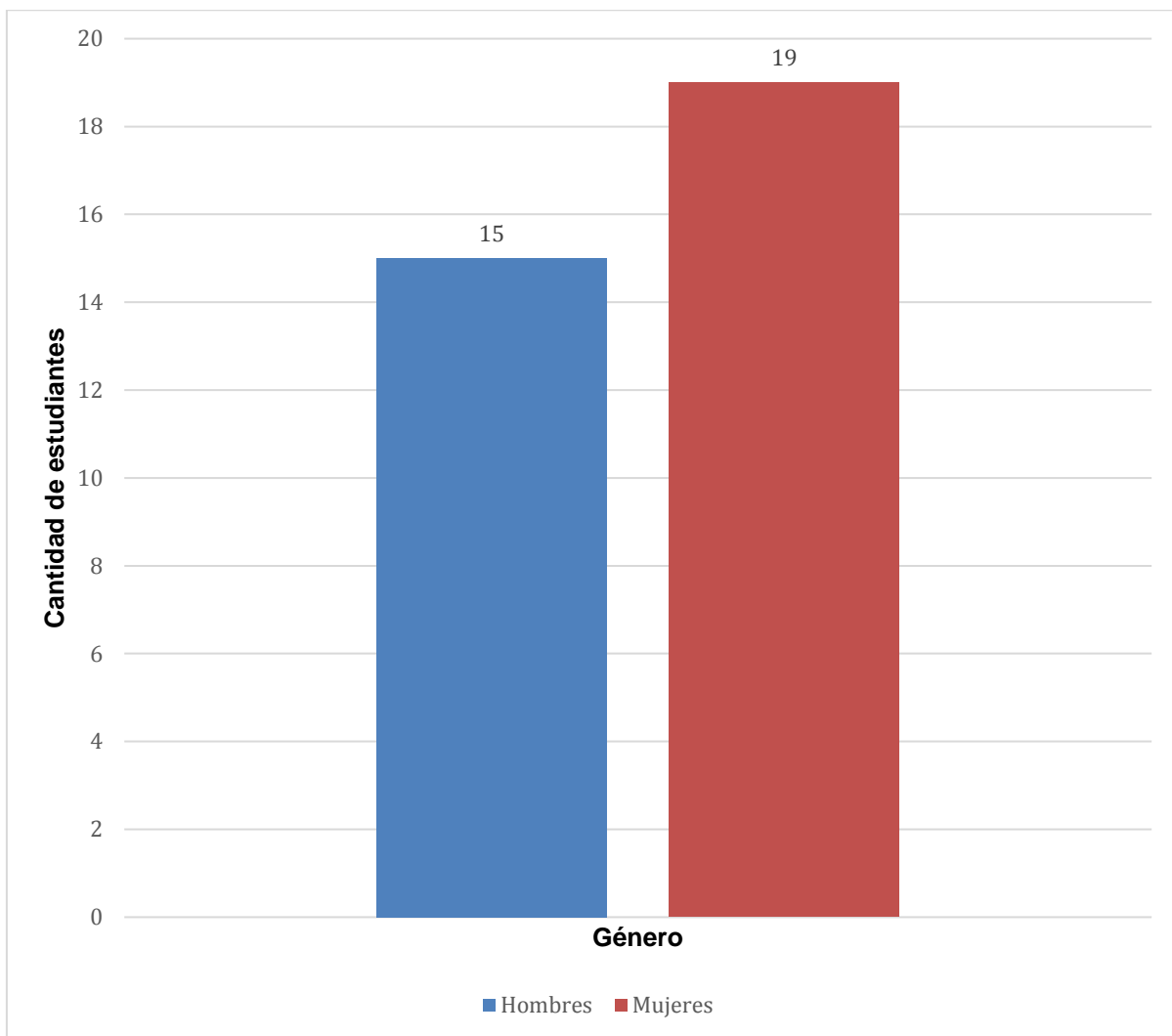


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

Los hombres que cursaron el octavo año no presentaron sintomatología negativa de relevancia en comparación con las mujeres, se resalta que 7 respondieron

deseos de morir con alguna frecuencia cantidad que fue igual en las mujeres de octavo año, sin embargo, se debe tomar en cuenta que los hombres superaron en cantidad a las mujeres, por lo cual estos datos no son comparativos de forma equitativa. Con respecto a los síntomas de carácter positivo se observa que muchos respondieron de forma adecuada. Se deduce que el trastorno depresivo no fue relevante en el sexo masculino en los estudiantes de octavo año.

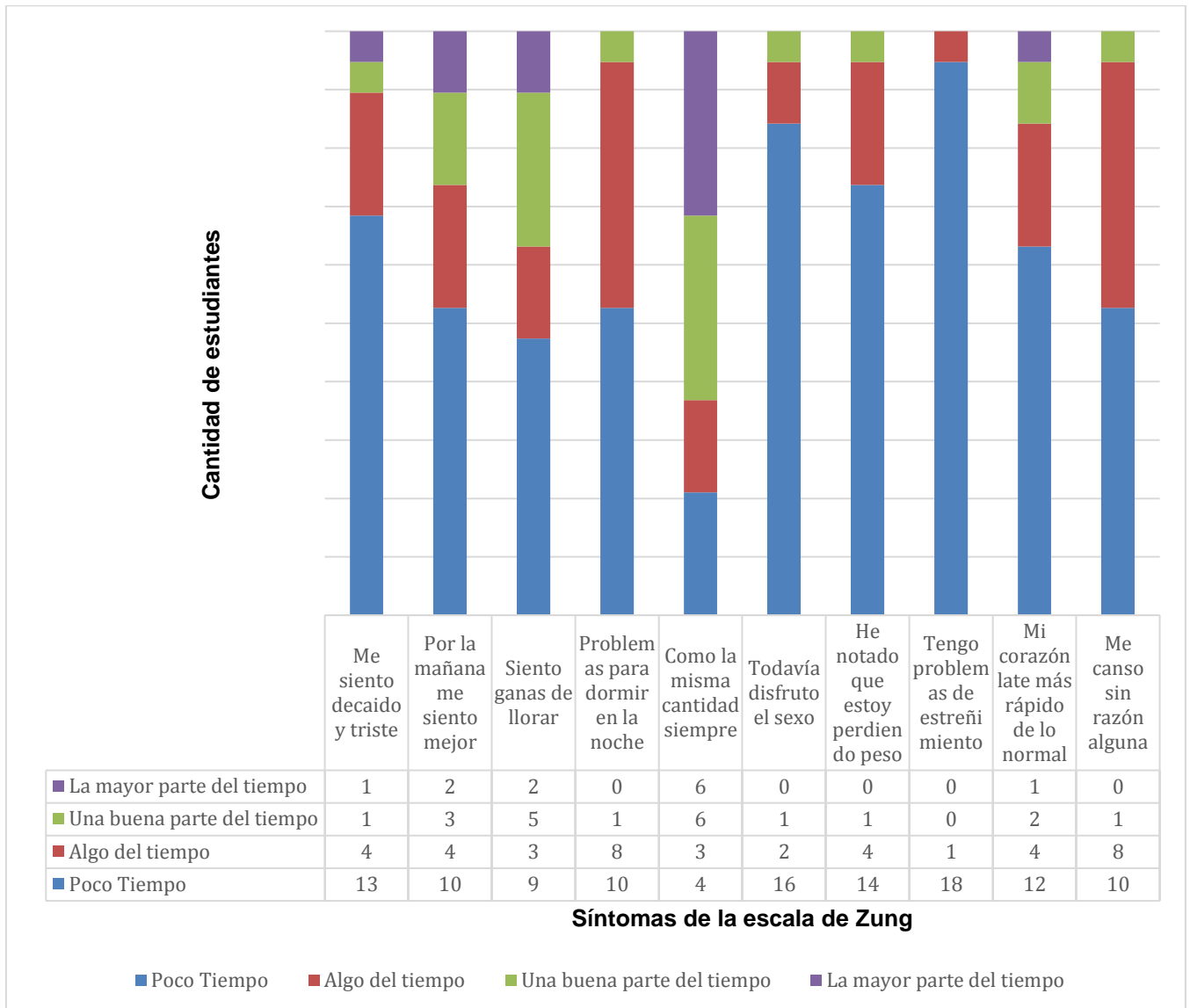
Gráfico 4.17 Representación gráfica de los estudiantes de noveno año incluidos en la muestra.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

En comparación con los estudiantes de séptimo y octavo año, las mujeres de noveno año incluidas en la muestra superan a los hombres, esto por 4 estudiantes.

Gráfico 4.18 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de noveno año.

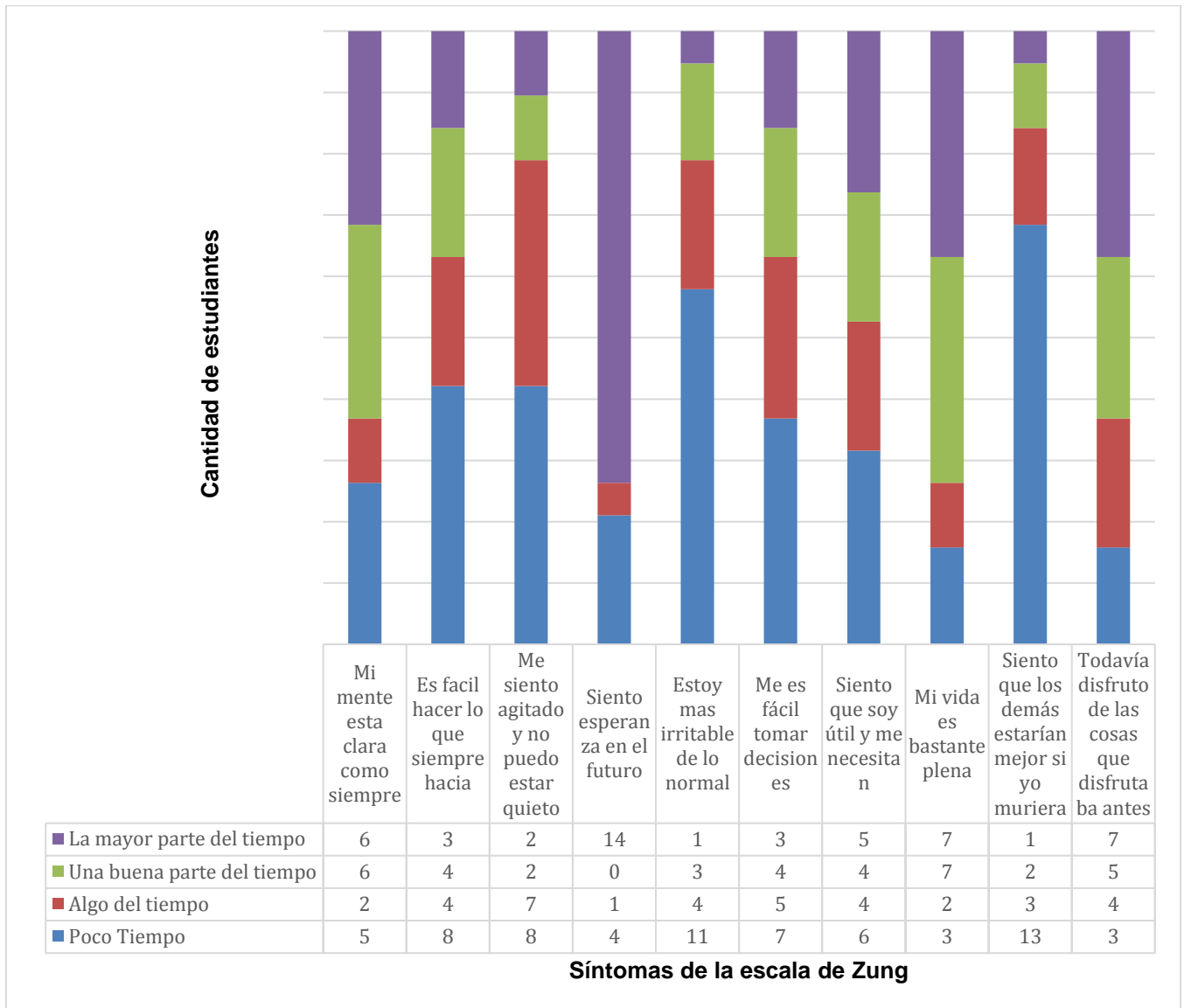


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

Los síntomas afectivos de carácter negativo no tuvieron una frecuencia elevada en este grupo, al igual que los síntomas físicos no presentaron frecuencia de importancia. La mayoría de estudiantes refirieron no notar cambios en el peso, de

hecho ninguna estudiante notó pérdida de peso “la mayor parte del tiempo”. Con respecto al estreñimiento la mayoría respondió no presentar este problema, y ninguna estudiante presentó este problema “la mayor parte del tiempo”.

Gráfico 4.19 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de noveno año.

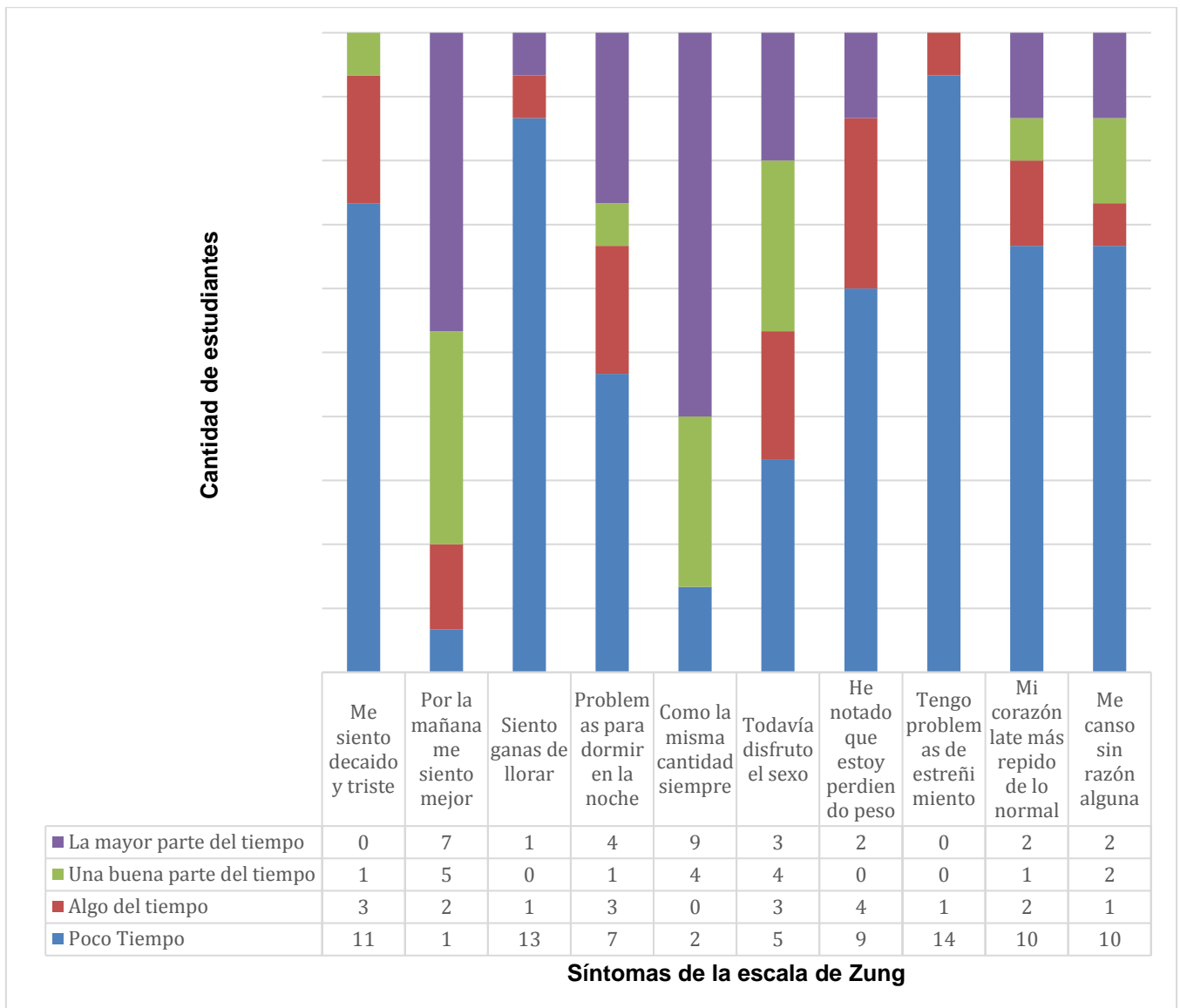


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

Se puede observar que en el grupo de mujeres de noveno año los síntomas de carácter positivo se presentaron con menor frecuencia en comparación con los grupos de séptimo y octavo. Por ejemplo el 12 ítem , se refiere a realizar actividades

que con anterioridad la estudiante hacía, se puede observar que 8 respondieron que con poca frecuencia logran realizarlas con facilidad, 4 estudiantes respondieron sentir poca esperanza en el futuro, 7 respondieron que pocas veces logran tomar decisiones de forma fácil. Los síntomas de carácter negativo no son significantes en comparación con los grupos anteriores, el ítem que hace referencia a irritabilidad se puede observar que 11 estudiantes respondieron “poco tiempo” y solamente uno respondió “la mayor parte del tiempo” se puede observar también que solamente una estudiante respondió deseos de muerte la mayor parte del tiempo.,

Gráfico 4.20 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de noveno año.



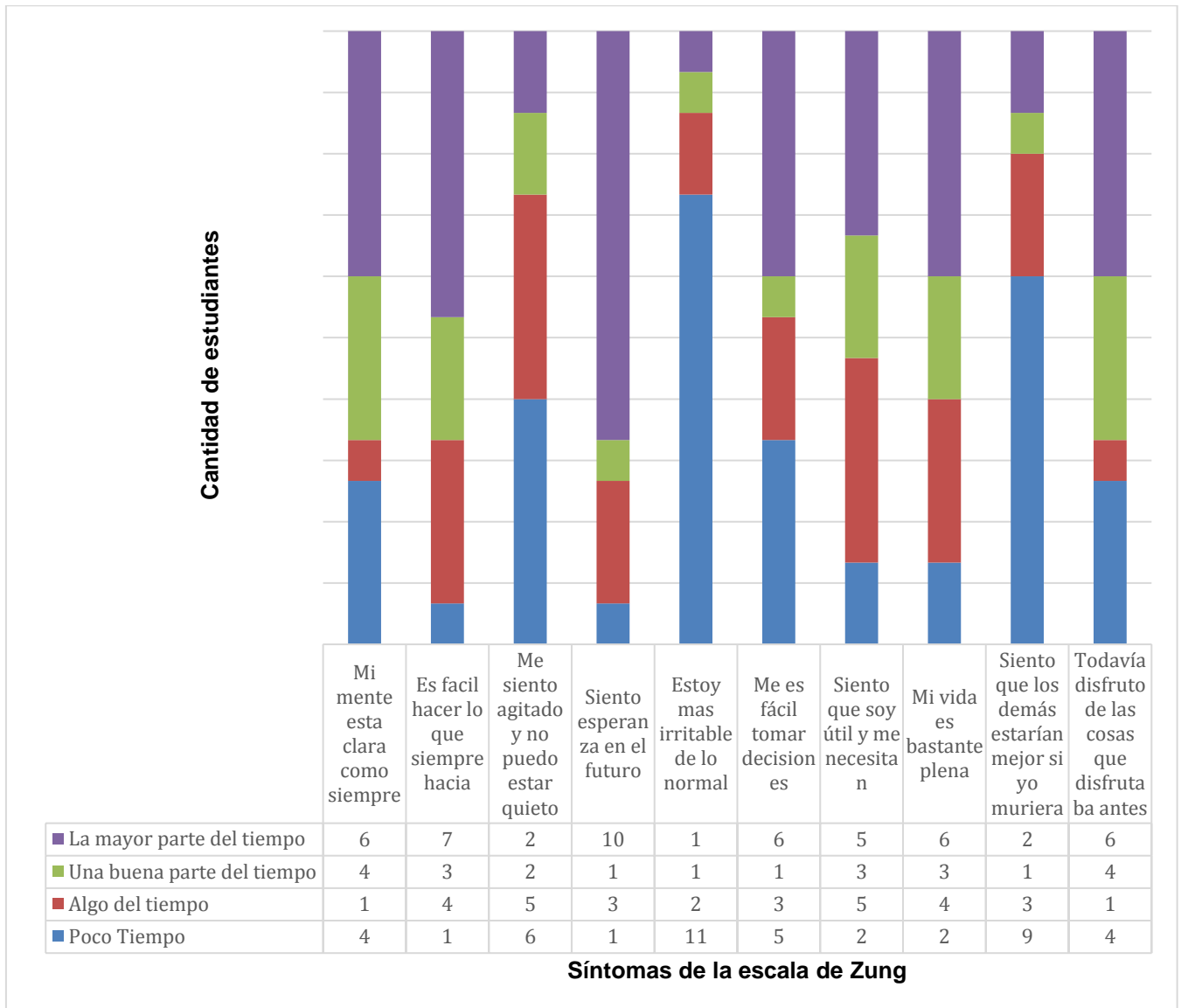
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

Con respecto a los síntomas afectivos de carácter negativo se concluye que la mayoría de estudiantes no presentaron una frecuencia importante, por ejemplo el primer ítem de la escala de Zung hace referencia a sentirse triste o deprimido, a lo

cual 11 de los 15 estudiantes respondieron sentirse de tal manera pocas veces, y ningún estudiante refirió este síntoma “la mayor parte del tiempo” , continuando con la sintomatología afectiva de carácter negativo se observa que 13 estudiantes respondieron que pocas veces tenían ganas de llorar.

Con respecto a los síntomas físicos de carácter negativo, la mayoría respondieron no presentar estos problemas, 9 estudiantes respondieron no notar cambios en el peso y solamente 2 notaron este cambio de forma importante, 14 estudiantes no presentaron problemas de estreñimiento y solamente 1 notó este problema con alguna frecuencia. Con respecto a la sexualidad, 5 estudiantes refirieron pérdida de placer y 10 respondieron de forma tan que se deduce que no tienen pérdida de placer.

Gráfico 4.21 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de noveno año.



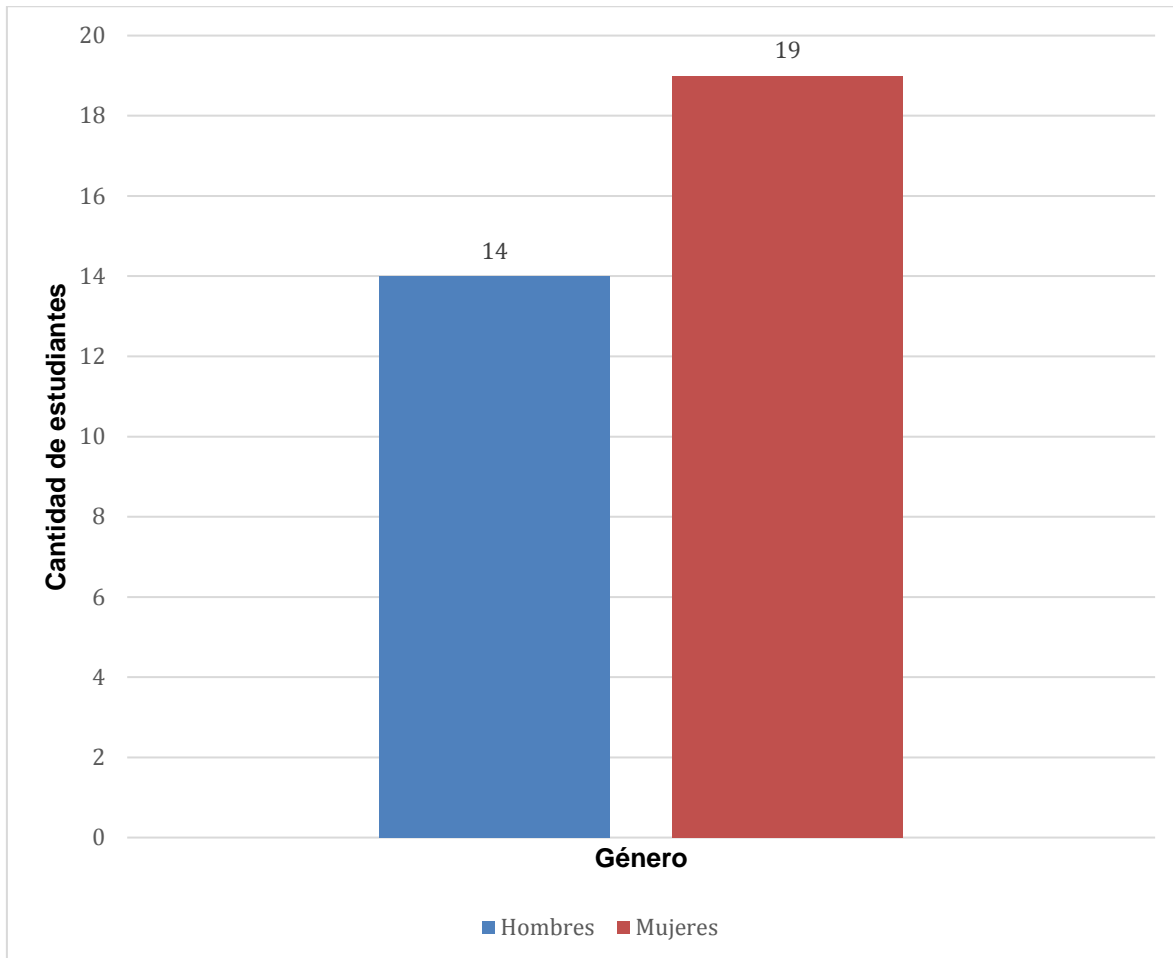
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

El ítem 11 de la escala de Zung valora la capacidad psicomotora del estudiante, se puede observar que 4 estudiantes refirieron tener la mente clara con poca

frecuencia, sin embargo los otros 11 estudiantes respondieron de forma adecuada. Los otros síntomas afectivos de carácter positivo obtuvieron respuestas mayormente adecuadas por parte de los estudiantes, por ejemplo 10 estudiantes respondieron realizar con facilidad actividades que con anterioridad realizaba, 11 respondieron sentir esperanza en el futuro con buena frecuencia, 8 estudiantes respondieron sentimiento de utilidad la buena parte del tiempo.

Con respecto a los síntomas de carácter negativo, principalmente el que hace referencia a deseos de muerte, 2 estudiantes respondieron sentir este deseo la mayor parte del tiempo, valor que supera al grupo de noveno año femenino.

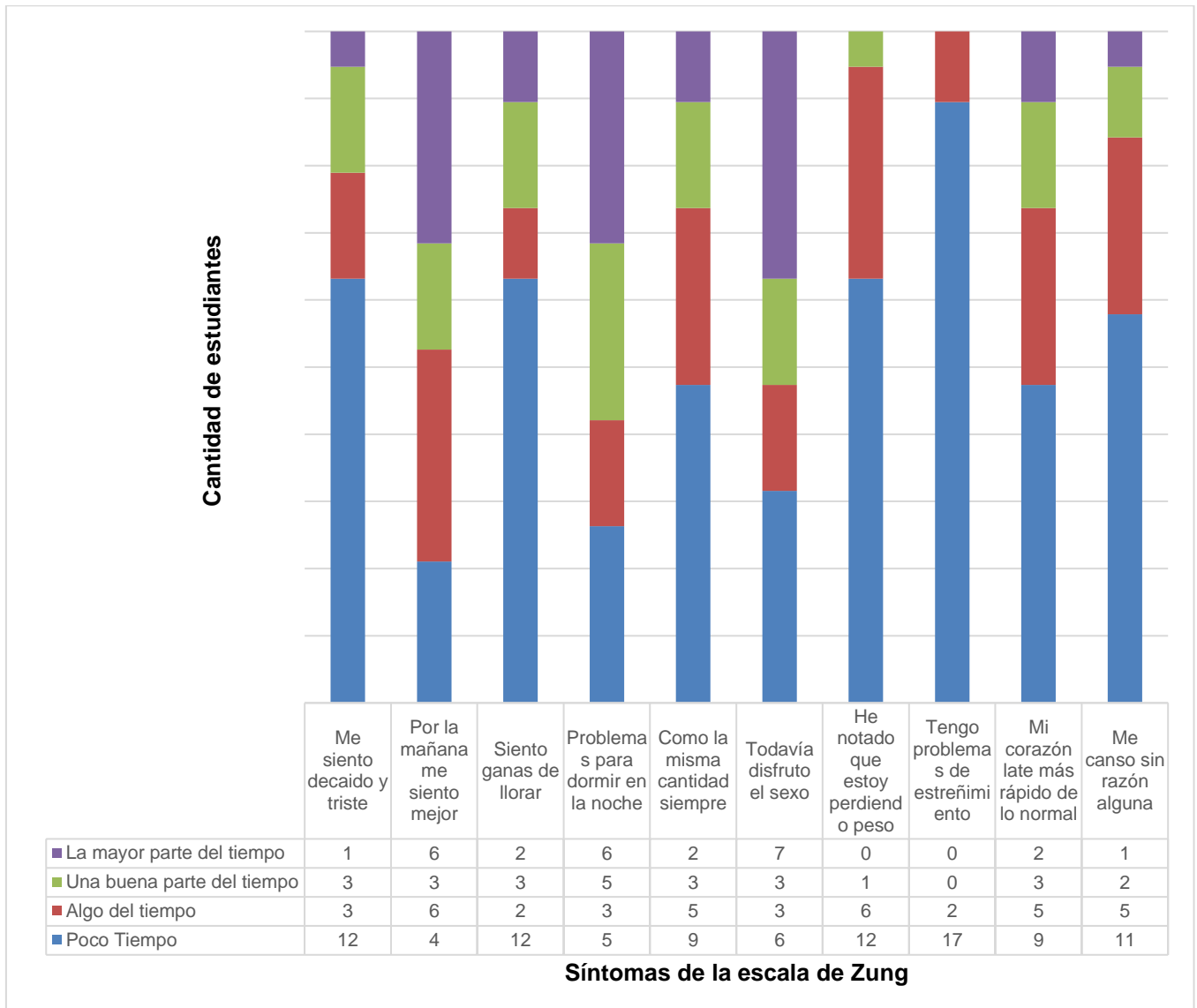
Gráfico 4.22 Representación gráfica de los estudiantes de décimo año incluidos en la muestra.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

El gráfico anterior representa a los estudiantes de décimo año incluidos en la muestra. Esta parte de la población es muy parecida a la población de noveno año, a diferencia de los hombres ya que en décimo año los hombres participantes fueron 14.

Gráfico 4.23 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de décimo año

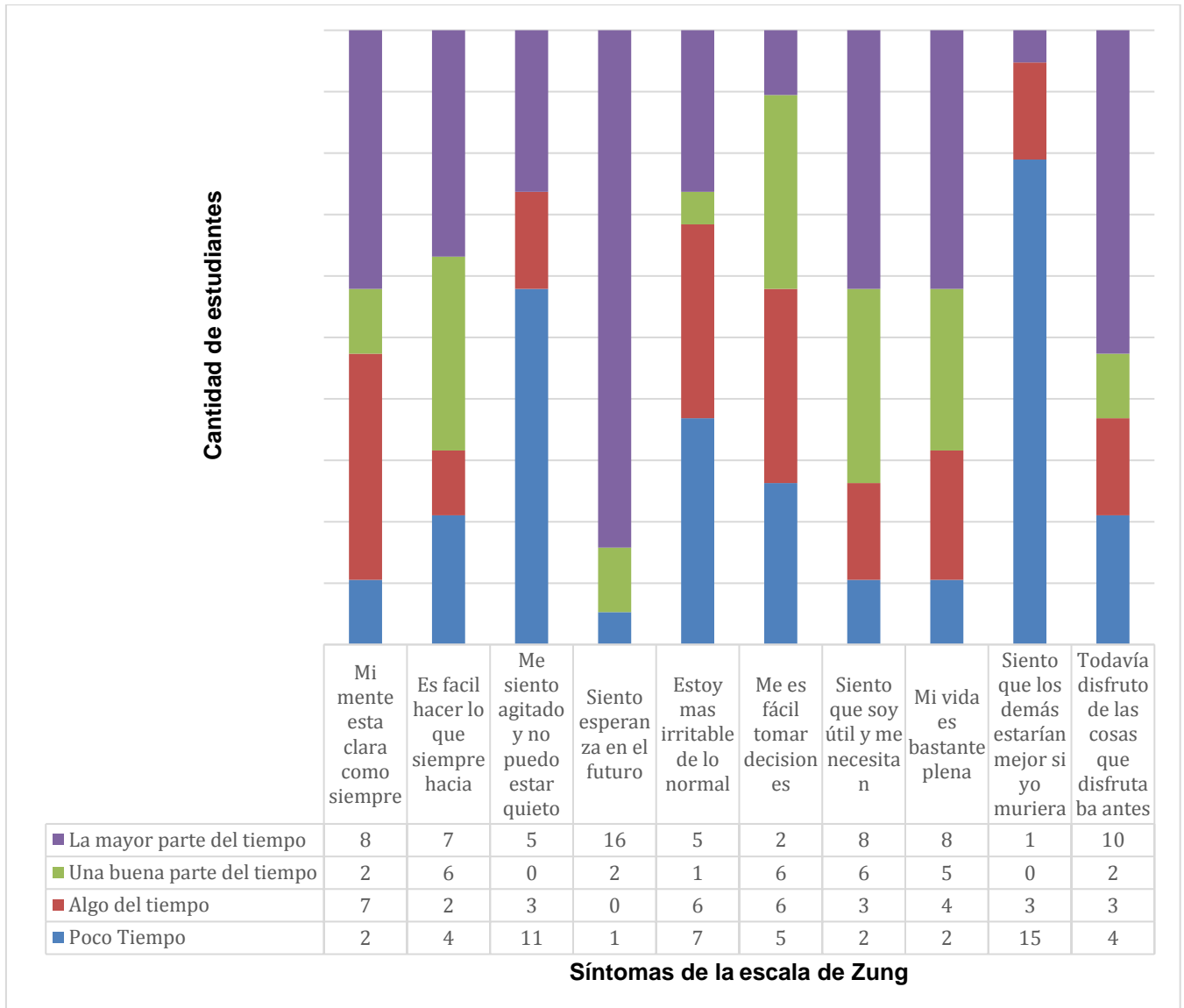


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

Con respecto a la sintomatología de carácter negativo se observa una semejanza con respecto a las mujeres de noveno año. 7 estudiantes respondieron sentir ánimo depresivo con alguna frecuencia, de igual forma 7 estudiantes respondieron haber sentido ganas de llorar de forma frecuente.

Con respecto a los síntomas físicos, 14 estudiantes respondieron haber presentado problemas para dormir durante la noche, si se compara con las mujeres de noveno año se observa que este síntoma es más persistente en las estudiantes de décimo año. Se observa alteraciones en el interés sexual con alguna frecuencia, 6 mujeres refirieron sentir poco interés. Con respecto a la pérdida de peso los datos fueron iguales en comparación con las mujeres de noveno año, observándose poca relevancia en este aspecto.

Gráfico 4.24 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de décimo año.

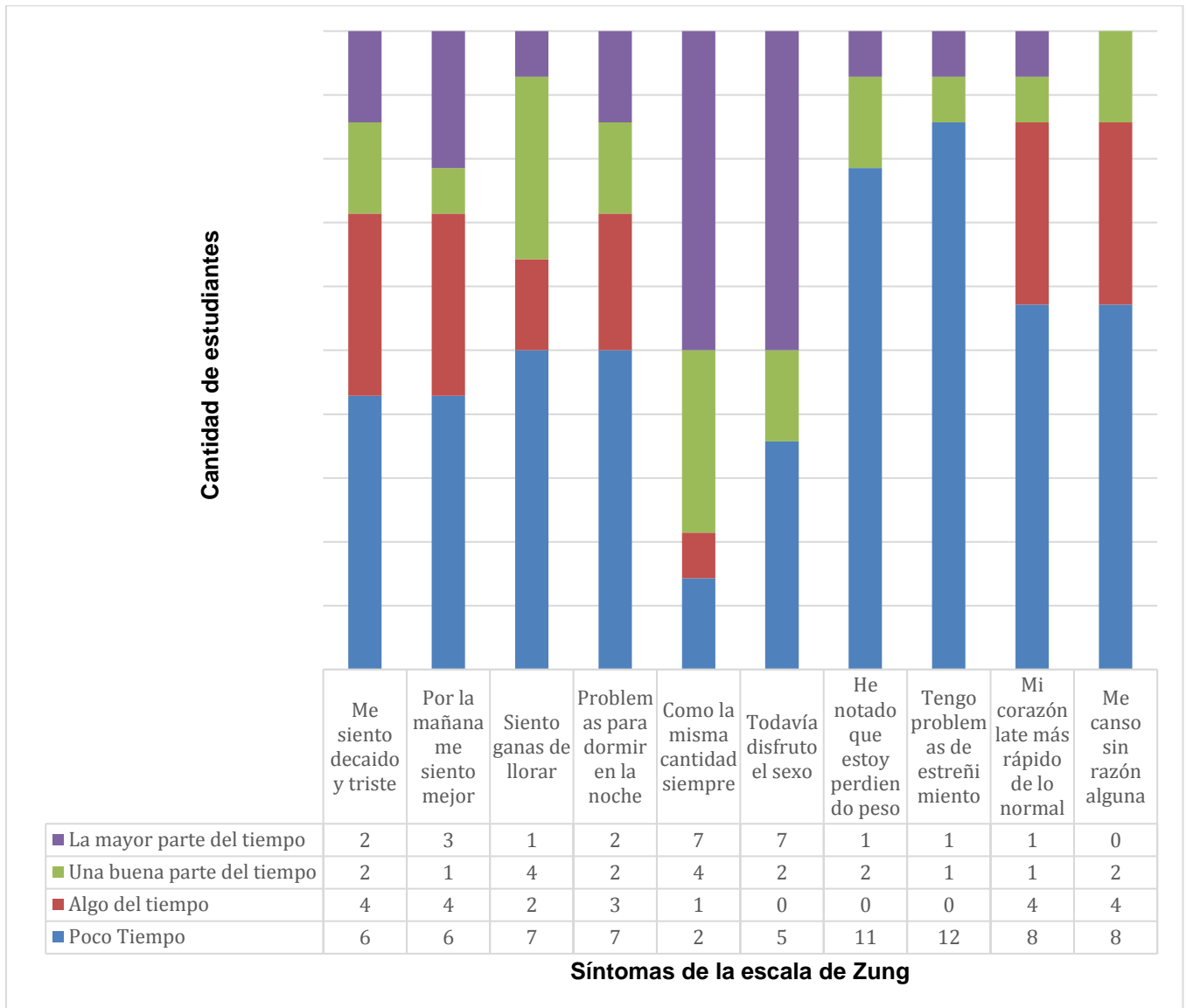


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

Con respecto a los síntomas de carácter positivo se observa que las estudiantes de décimo año respondieron de forma adecuada, cuando se les preguntó si tenían la

mente clara solamente 2 respondieron “poco tiempo”, 4 respondieron “poco tiempo” al ítem 12. La mayoría respondió sentir esperanza en el futuro al igual a sentir esperanza en el futuro. Si se comparan las respuestas de estas estudiantes con las de noveno año se observará una mejor respuesta en las estudiantes de décimo año, lo cual probablemente esté asociado a menores casos de trastornos depresivos en este grupo.

Gráfico 4.25 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de décimo año.

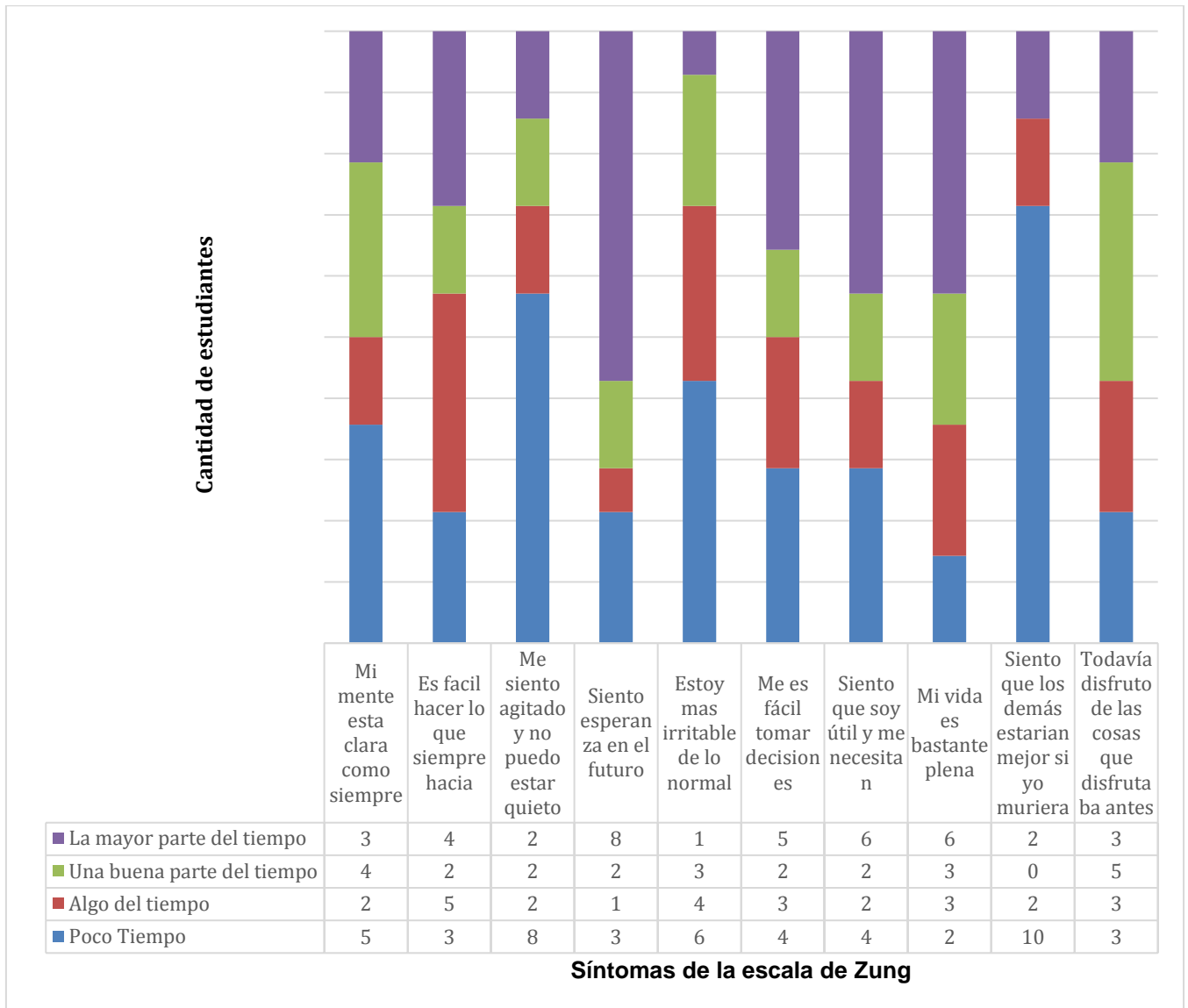


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

Los estudiantes masculinos de décimo año respondieron las preguntas afectivas de carácter negativo muy distinto a los estudiantes de noveno año, por ejemplo las dos

preguntas que hacen referencia a ánimo depresivo y tristeza tuvieron mayores respuestas de haberse presentado con alguna frecuencia. No así los síntomas físicos, ya que se observa que la mayor parte de los estudiantes respondieron no tener problemas de estreñimiento, taquicardia, cansancio y pérdida de peso.

Gráfico 4.26 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de décimo año.

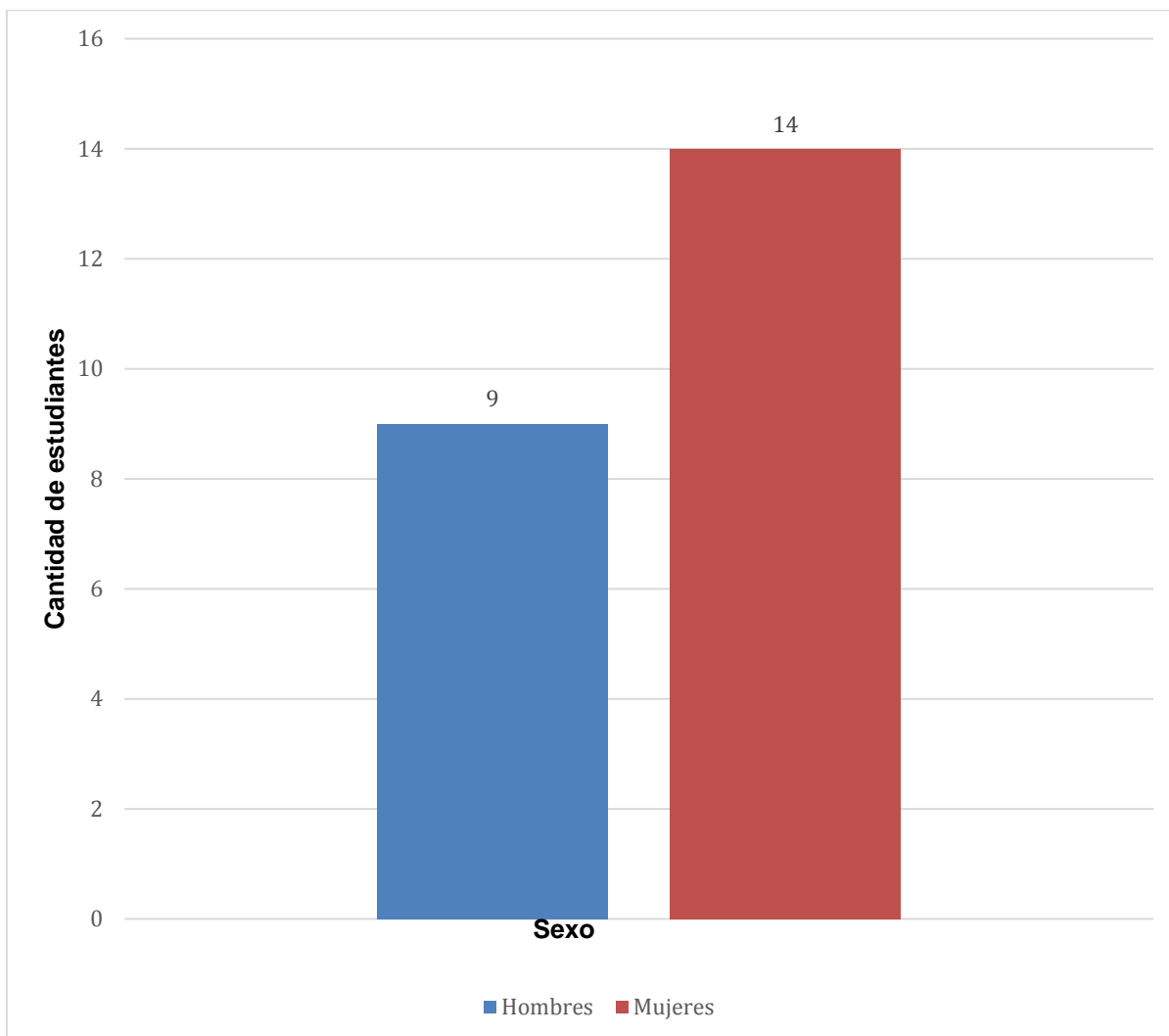


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

El gráfico anterior representa los últimos ítems de la escala de Zung, en donde se observa que los ítems que hacen referencia a síntomas de carácter positivo tuvieron mayoritariamente una respuesta adecuada; 9 estudiantes respondieron presentar la

mente clara con alguna frecuencia, 11 respondieron tener facilidad realizando actividades que con anterioridad hacían, 11 respondieron sentir esperanza en el futuro, la mayoría respondió sentir esperanza en el futuro. Las preguntas de carácter negativo fueron respondidas de forma muy similar a los estudiantes de noveno año, en el ítem 18 se observa que 4 jóvenes respondieron sentir que los demás estarían mejor si ellos murieran y 10 negaron este síntoma.

Gráfico 4.27 Representación gráfica de los estudiantes de undécimo año incluidos en la muestra.

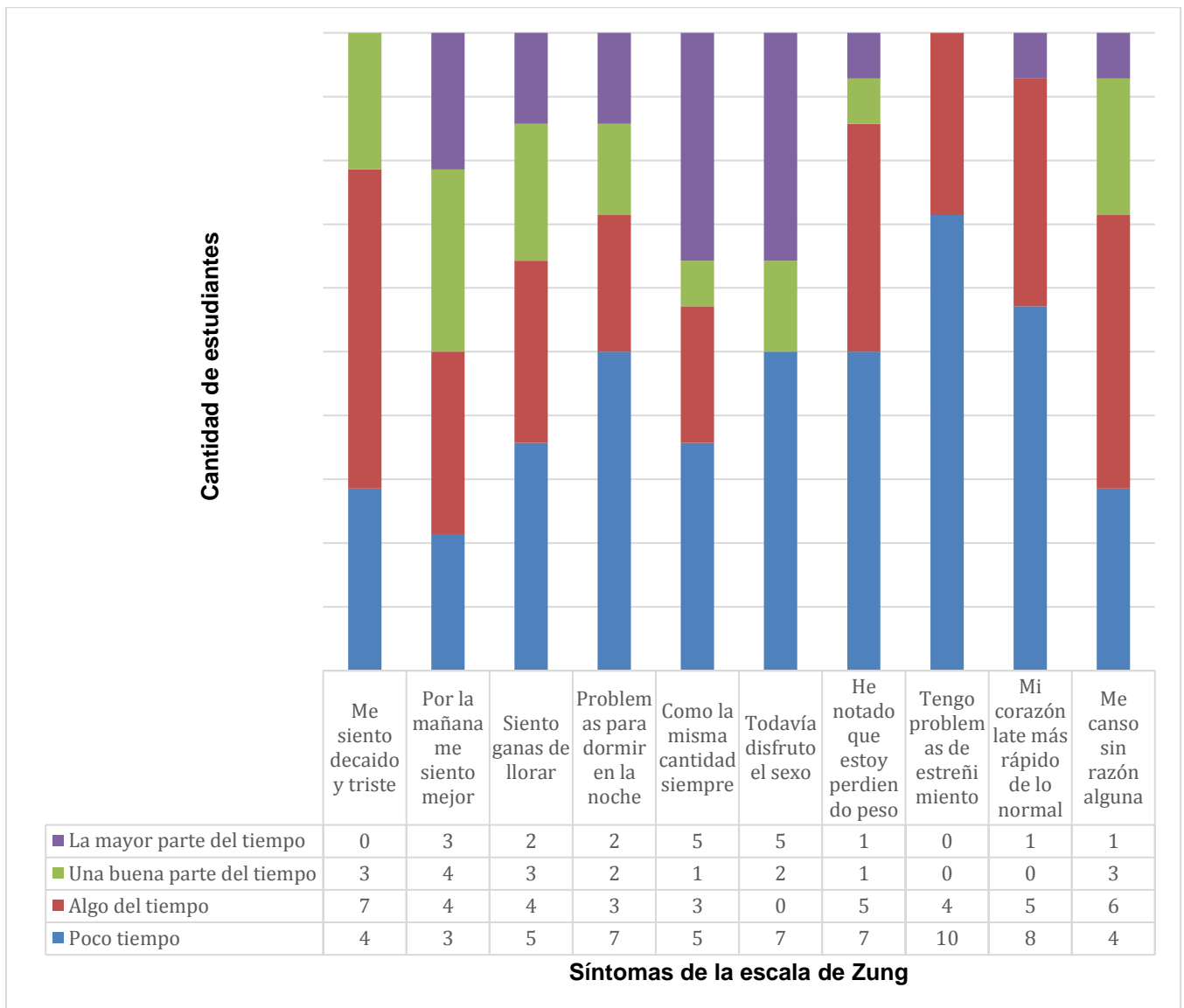


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

La población total de undécimo año años tras año ha mostrado ser la minoría del Colegio Diurno de Limón, no siendo la excepción los estudiantes que cursaron este grado durante el 2016, es por ello que la muestra de undécimo año es la menor en comparación con los otros grados. Se observa una diferencia de 5 estudiantes entre

ambos sexos, estando presente más mujeres incluidas en la muestra, dato muy probablemente asociado a una mayor cantidad de mujeres totales cursando el undécimo año.

Gráfico 4.28 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de undécimo año.

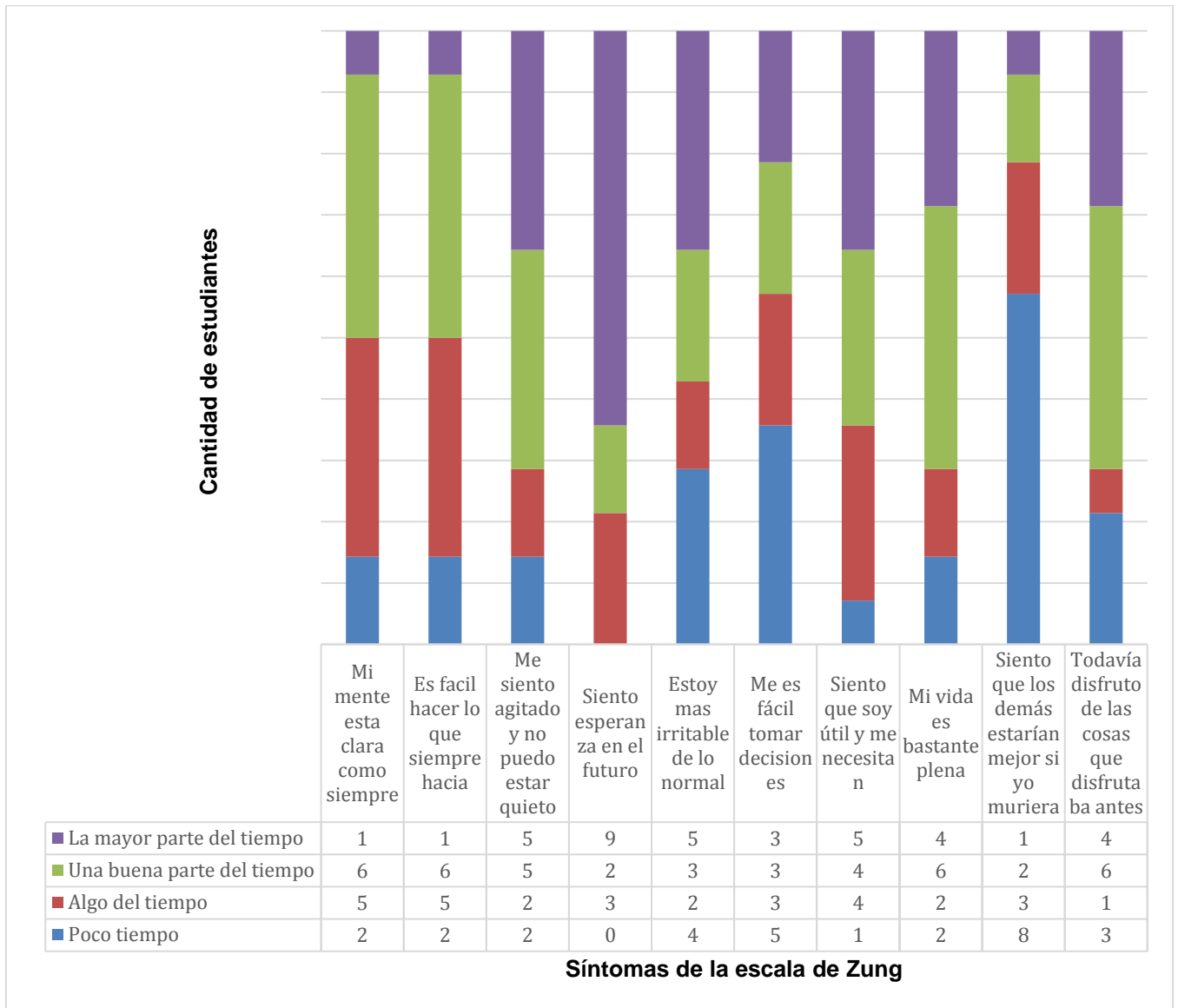


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

El gráfico anterior representa los primeros 10 síntomas de la escala de Zung, con respecto a los síntomas afectivos negativos se observa que 10 estudiantes respondieron haberse sentido tristes y decaídos algo del tiempo o una buena parte

del tiempo, 9 respondieron ganas de llorar. Dentro de los síntomas de físicos los que llaman la atención son el tercer ítem en donde 7 estudiantes respondieron tener problemas para dormir con alguna frecuencia, 7 respondieron alteración en el placer sexual y 7 respondieron notar cambios en el peso.

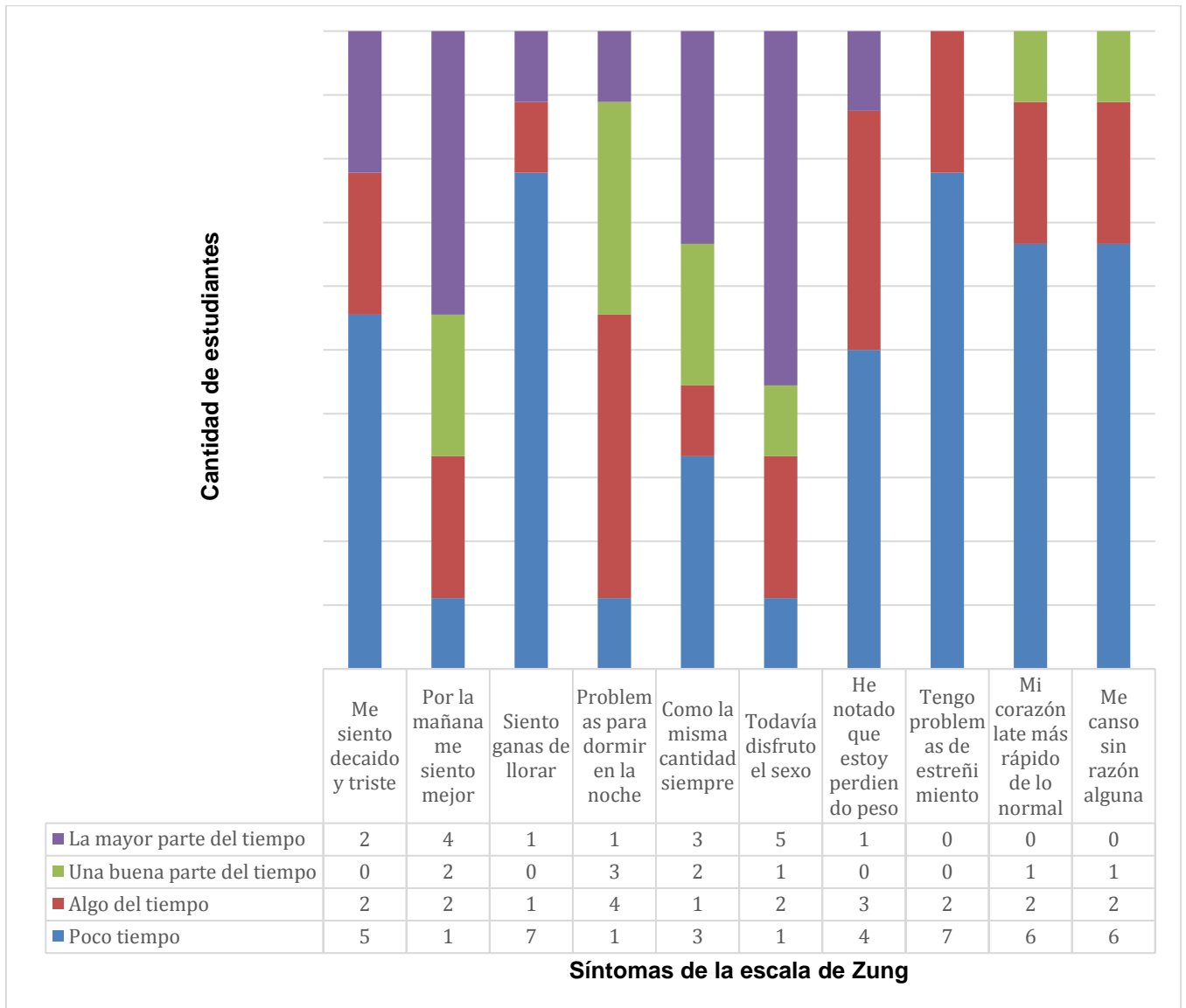
Gráfico 4.29 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en las mujeres de undécimo año.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

Se observa que los ítems que hacen referencia al área cognoscitiva del estudiante muestran respuestas adecuadas, ya que 12 estudiantes respondieron tener la mente clara y 9 respondieron tener facilidad a la hora de tomar decisiones. Los otros síntomas afectivos muestran algún tipo de alteración, ya que se observó que 10 estudiantes respondieron sentirse irritables con alguna frecuencia, 5 refirieron deseos de muerte.

Gráfico 4.30 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de undécimo año.

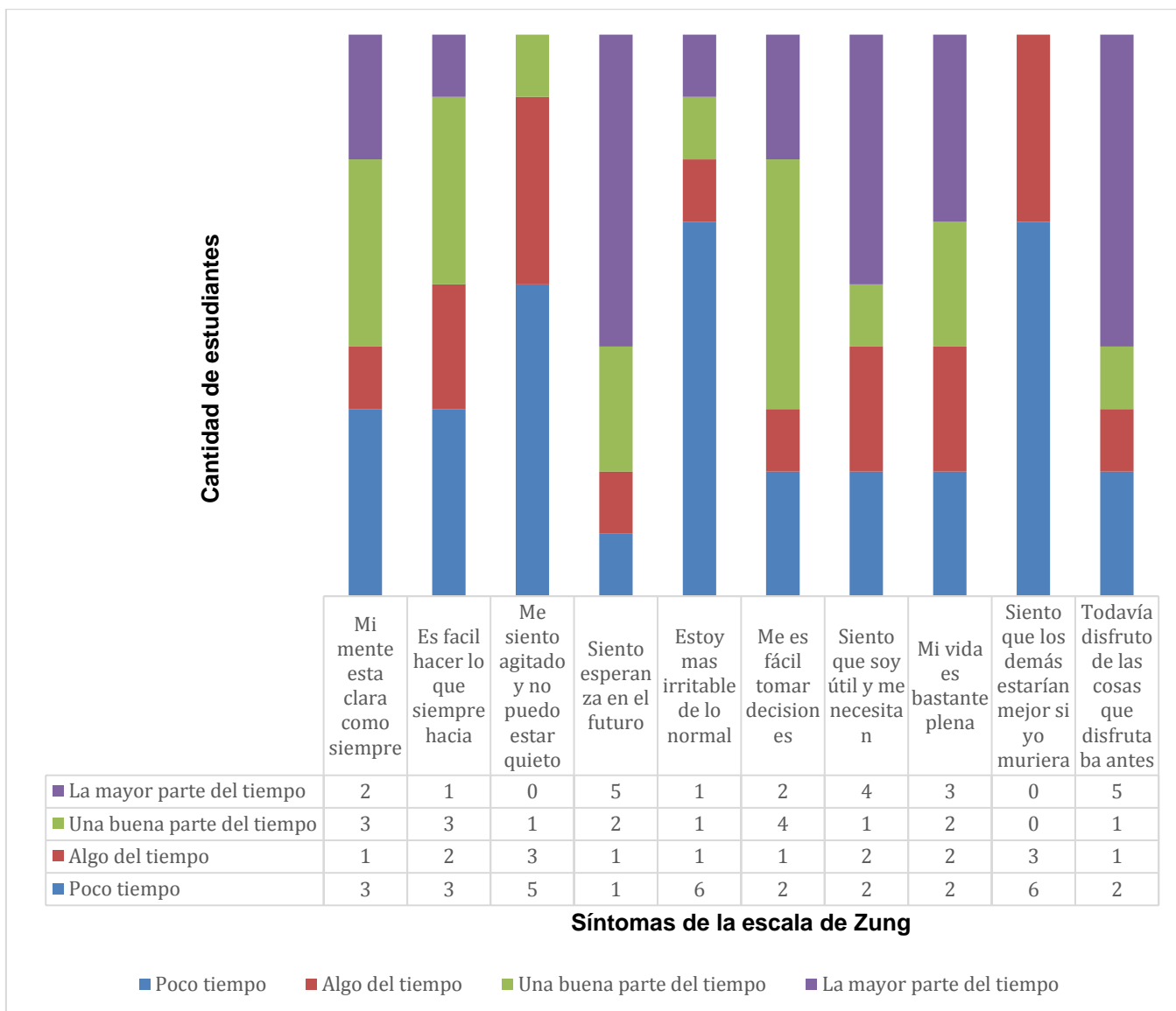


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

Se observa que los hombres de undécimo año respondieron de forma adecuada con respecto a las preguntas afectivas de carácter negativo, solamente un

estudiante respondió deseos de llorar la mayor parte del tiempo. La mayoría de estudiantes no presentaron alteraciones en el placer o atracción sexual. Con respecto a la sintomatología física, se observa que estos problemas no estuvieron presentes de forma importante en estos estudiantes, ningún estudiante presentó problemas de estreñimiento, taquicardia cansancio la mayor parte del tiempo y solamente un estudiante expresó notar cambios en el peso la mayor parte del tiempo.

Gráfico 4.31 Distribución de los síntomas depresivos de la escala de Zung en los hombres de undécimo año.

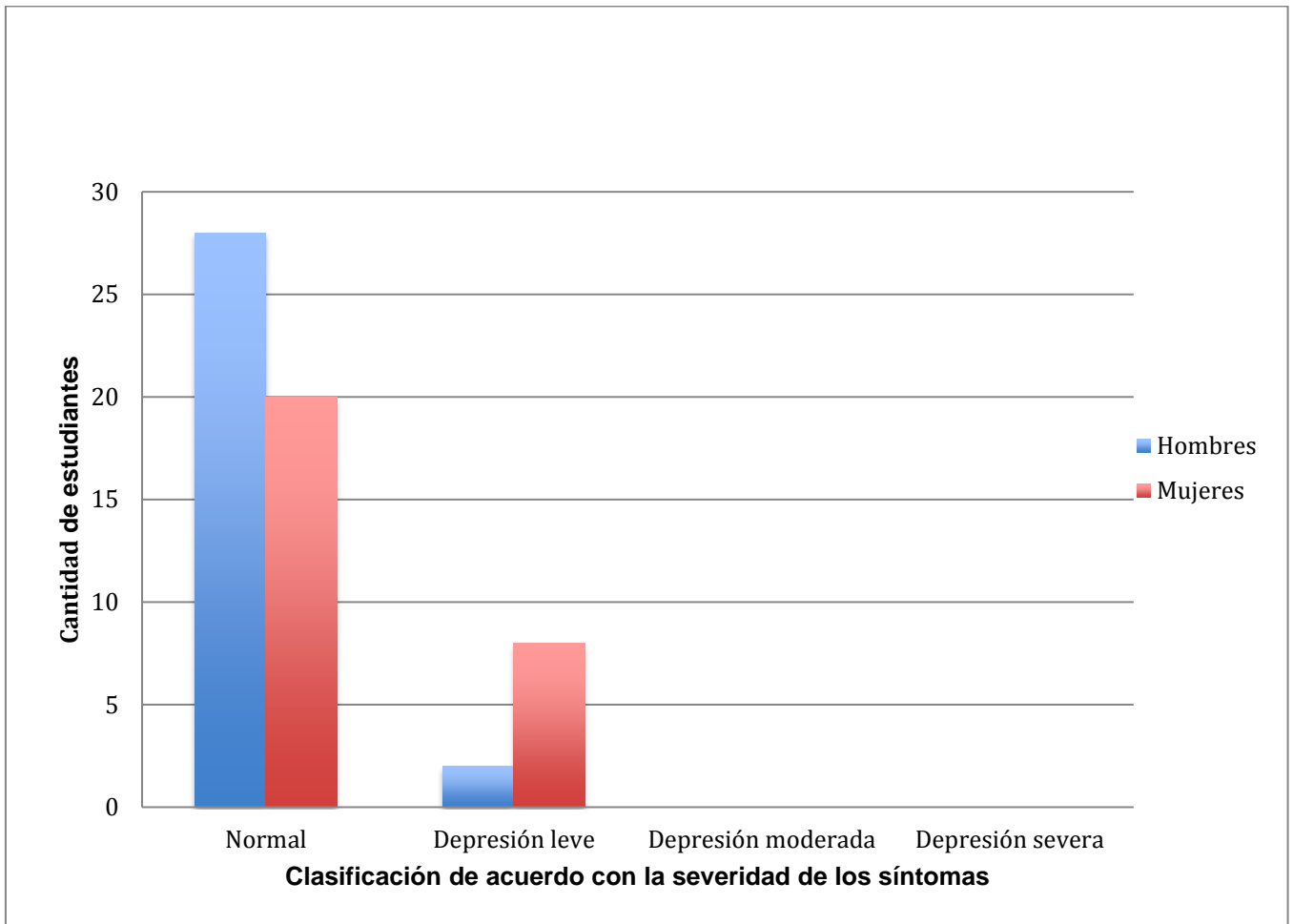


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

Haciendo referencia a los síntomas de carácter cognoscitivos se observa que la mayoría de estudiantes respondieron tener la mente clara y tomar decisiones con facilidad. Se resalta que ningún estudiante refirió deseos de morir la mayor parte del tiempo, dato que no se había observado en los grupos anteriores.

Como se explicó anteriormente la escala de Zung es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos, para interpretar esta escala se utiliza la escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones. De acuerdo a la sumatoria obtenida se clasifica los resultados como “normal” puntuaciones por debajo de 50, “depresión leve” puntuaciones comprendidas entre 50 y 59, “depresión moderada” si la puntuación se encuentra entre 60 y 69, “depresión severa” puntuaciones superiores a 70.

Gráfico 4.32 Trastornos depresivos de acuerdo con el grado de severidad en estudiantes cursando el séptimo año, durante los meses de noviembre a diciembre del 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

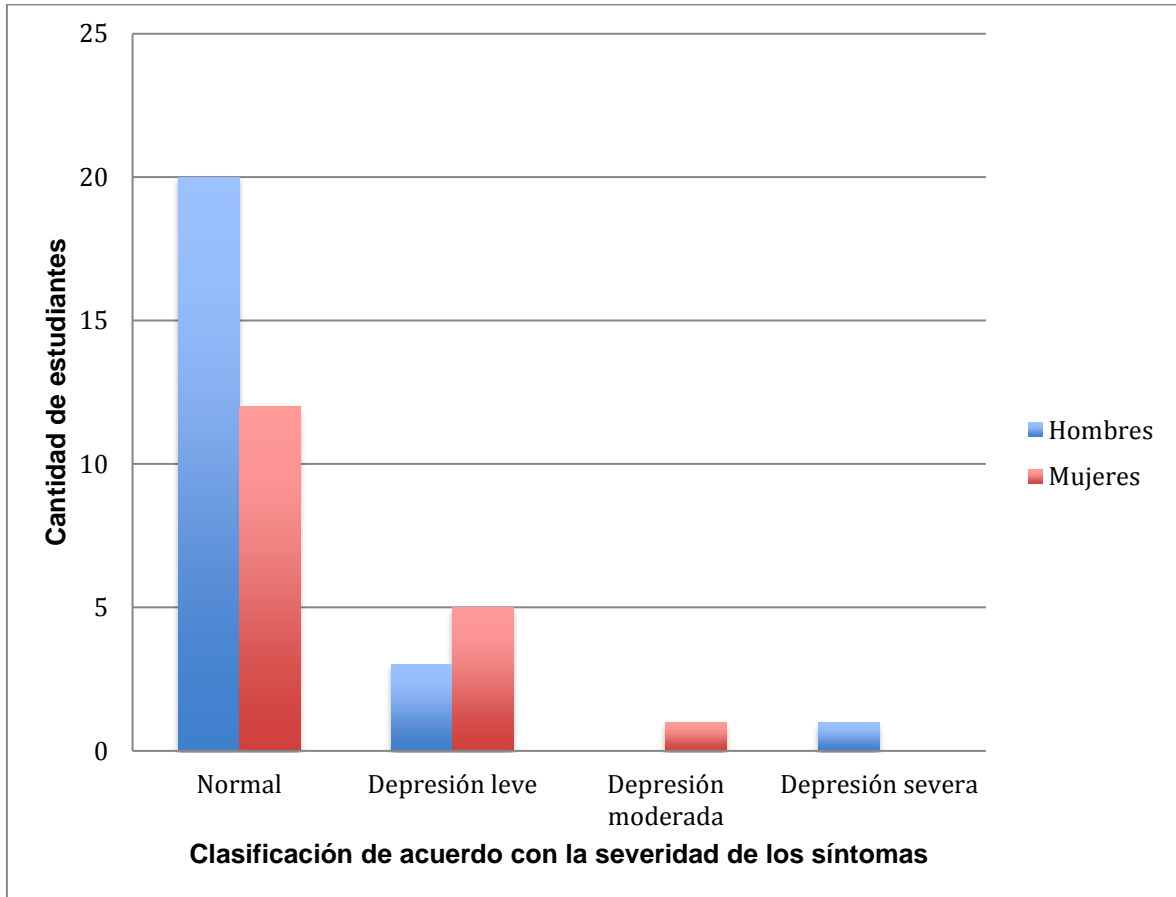
El gráfico anterior clasifica los resultados obtenidos de la aplicación de la escala de Zung a los estudiantes de séptimo año. Se realizó en el mismo gráfico la comparación entre el sexo masculino y femenino.

Se observa que en los dos sexos se obtuvieron datos de normalidad de forma mayoritaria.

Dentro de los estudiantes que presentaron depresión leve, 8 correspondieron a mujeres y 2 correspondieron a hombres, estos datos son comparables a los datos obtenidos a nivel mundial, ya que estadísticamente las mujeres en la edad adolescente presentan mayor prevalencia de trastornos depresivos.

Los grupos de séptimo año están comprendidos por estudiantes entre los 12 años y los 15 años. De los 10 casos de trastorno depresivo leve, 4 correspondieron a estudiantes de 13 años, 3 correspondieron a estudiantes de 14 años y los 3 restantes se presentaron en estudiantes de 15 años.

Gráfico 4.33 Trastornos depresivos de acuerdo con el grado de severidad en estudiantes cursando el octavo año, durante los meses de noviembre a diciembre del 2016.

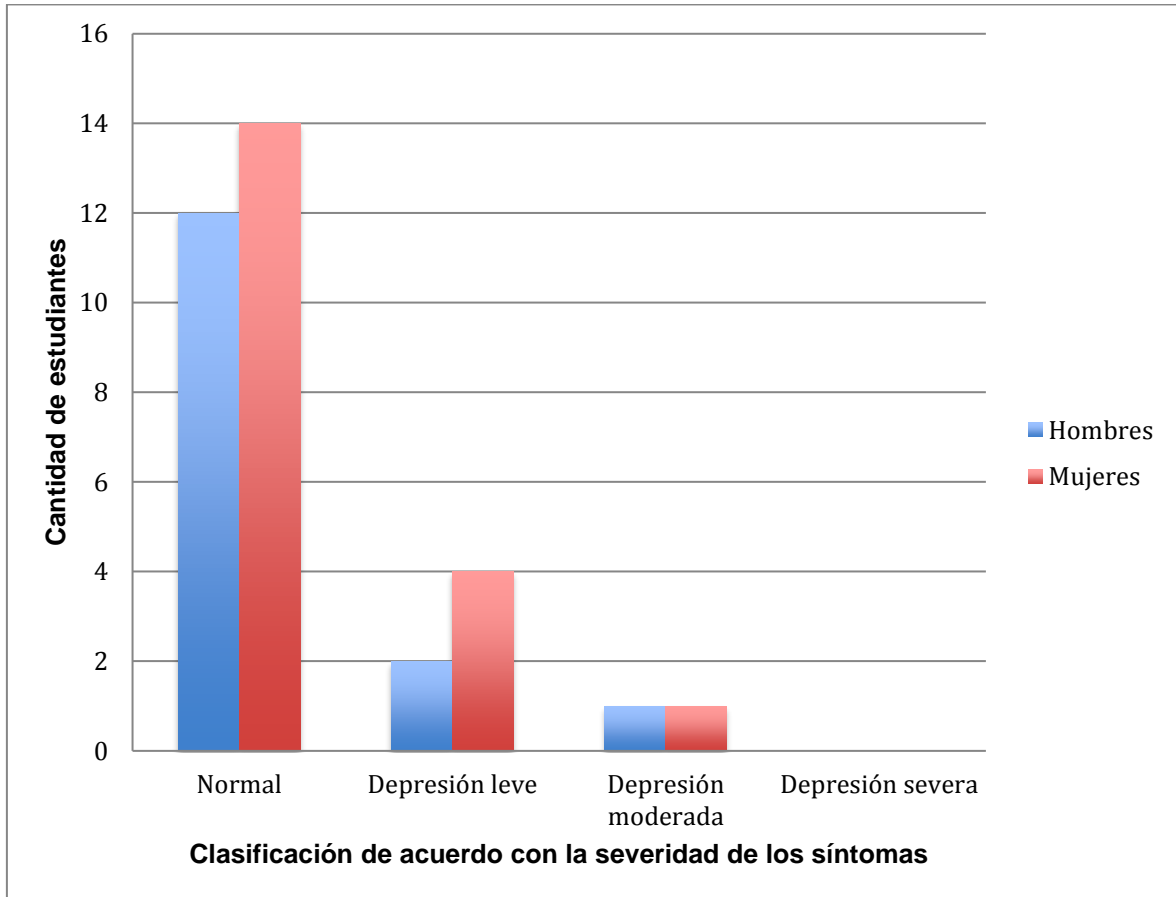


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

El grupo de octavo año incluido en la muestra está comprendido por 42 estudiantes, donde 30 no presentaron alteraciones del ánimo, correspondiendo 20 hombres y 12 mujeres. Dentro de los estudiantes que presentaron trastornos depresivos leve 5 estuvieron presentes en mujeres y 3 en hombres, datos relacionados a estadísticas internacionales. Solamente una mujer presentó depresión moderada y un hombre

presentó depresión severa con una puntuación de 78, este fue el único caso de depresión severa encontrado en la muestra de la población del 2016. Los estudiantes de octavo año comprenden las edades entre los 14 y los 17 años. Los principales casos de depresión leve estuvieron presentes en los estudiantes de 14 años y el único caso de depresión severa estuvo presente en un estudiante de 14 años. El único caso de depresión moderada en octavo se presentó en un estudiante de 15 años.

Gráfico 4.34 Trastornos depresivos de acuerdo con el grado de severidad en estudiantes cursando el noveno año, durante los meses de noviembre a diciembre del 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

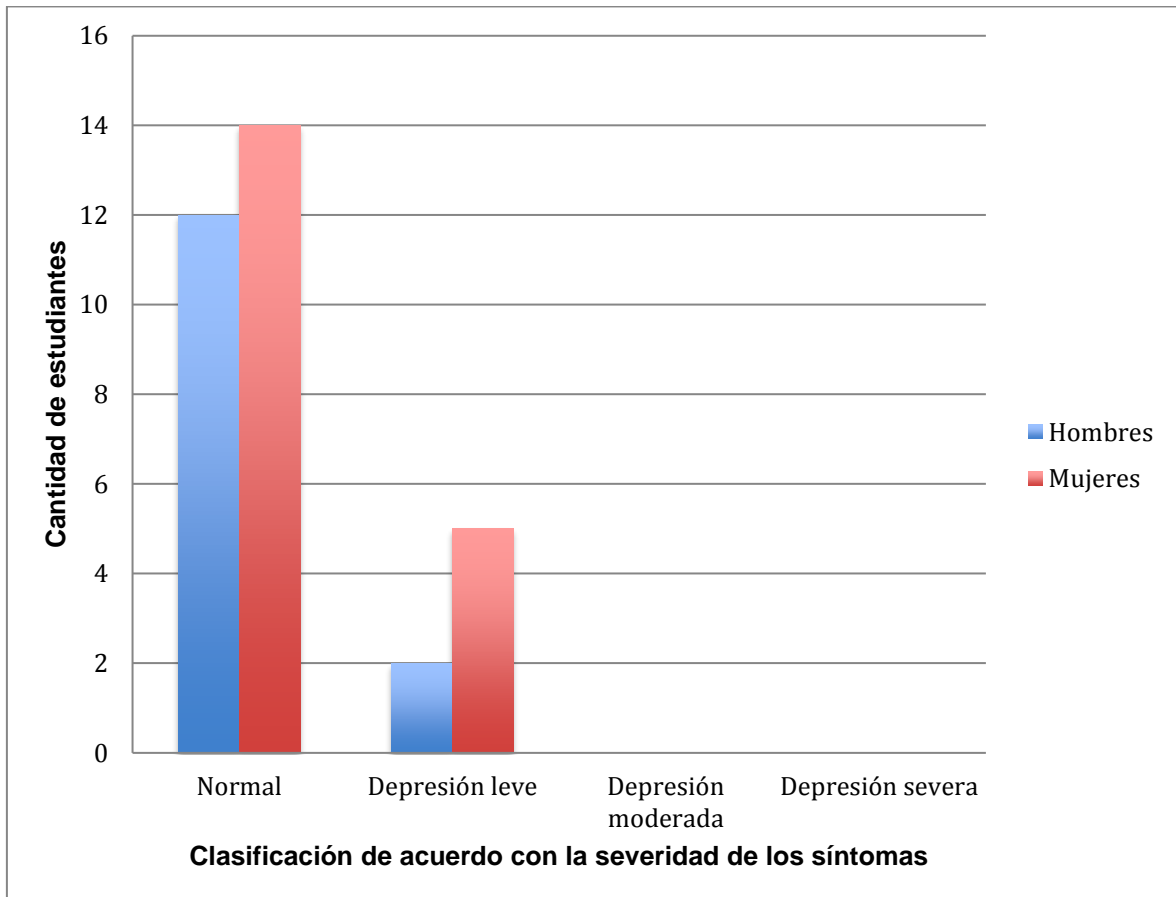
En el gráfico anterior se observa que la mayoría de estudiantes incluidos en la muestra no presentaron trastorno depresivo, esto correspondió a 26 estudiantes.

Sin embargo se presentaron 6 casos de depresión leve, 2 de los casos se presentó en el sexo masculino y 4 en el sexo femenino. Este patrón se ha mantenido

constante en los grupos de séptimo, octavo y noveno año, presentándose más casos de depresión en las mujeres.

Hubo 2 casos de depresión moderada en noveno año, uno de los casos en un estudiante masculino y el otro en una mujer. No se presentaron casos de depresión severa en los estudiantes de noveno año. Los estudiantes de noveno año presentaron edades entre los 14 años y los 16 años. Los casos de depresión leve se presentaron mayoritariamente en los estudiantes de 15 años, al igual que los 2 casos de depresión moderada, correspondieron a jóvenes de 15 años.

Gráfico 4.35 Trastornos depresivos de acuerdo con el grado de severidad en estudiantes cursando el décimo año, durante los meses de noviembre a diciembre del 2016.

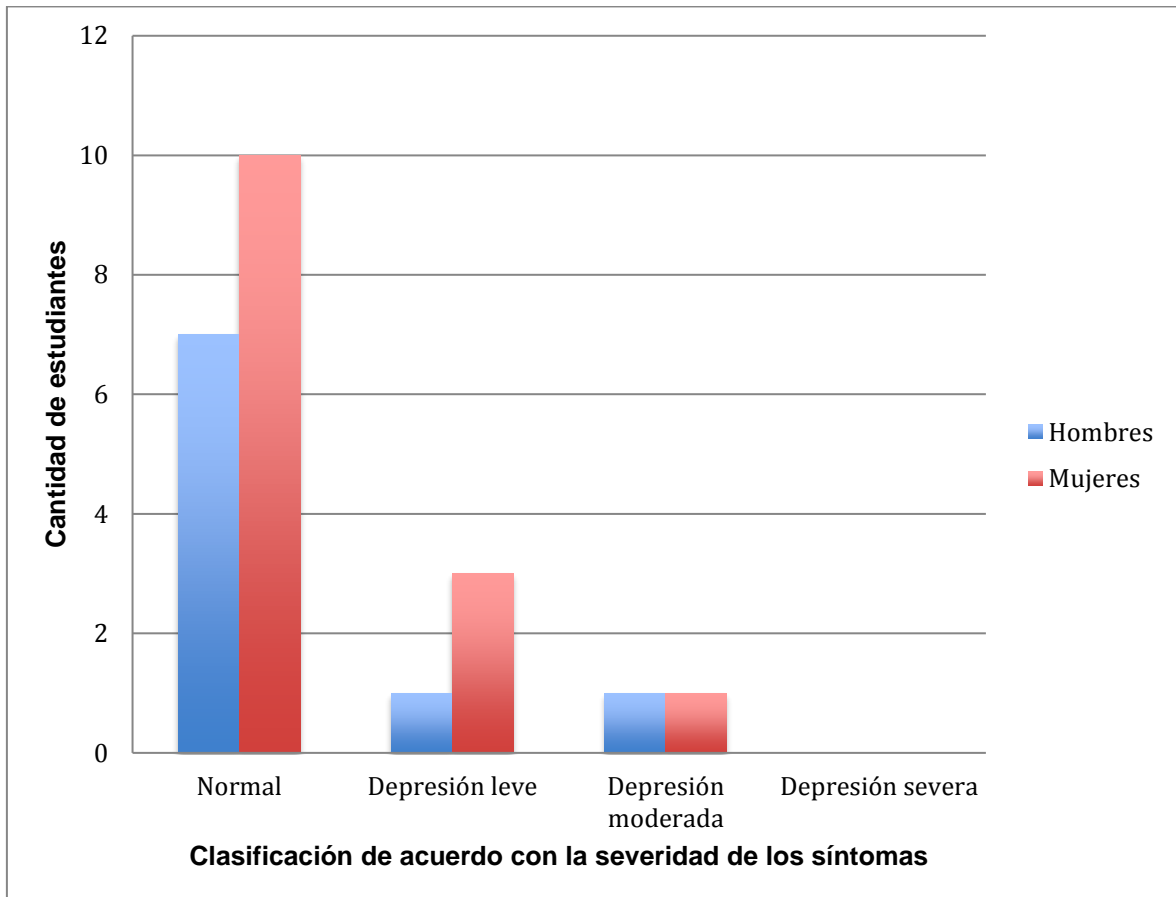


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

Se observa en el gráfico correspondiente a los estudiantes de décimo año que la mayor parte de la muestra correspondió a estudiantes sin trastornos depresivos, 14 hombres fueron parte de la muestra de los cuales 12 no presentaron alteraciones depresivas, y de las 19 mujeres, 14 no presentaron trastornos. Se presentaron 7 casos de depresión leve, 2 de los cuales se presentaron en hombres y 5 en mujeres,

continuando el patrón de presentación mayoritaria en el sexo femenino. No se presentaron casos de depresión moderada ni severa.

Gráfico 4.36 Trastornos depresivos de acuerdo con el grado de severidad en estudiantes cursando el undécimo año, durante los meses de noviembre a diciembre del 2016.

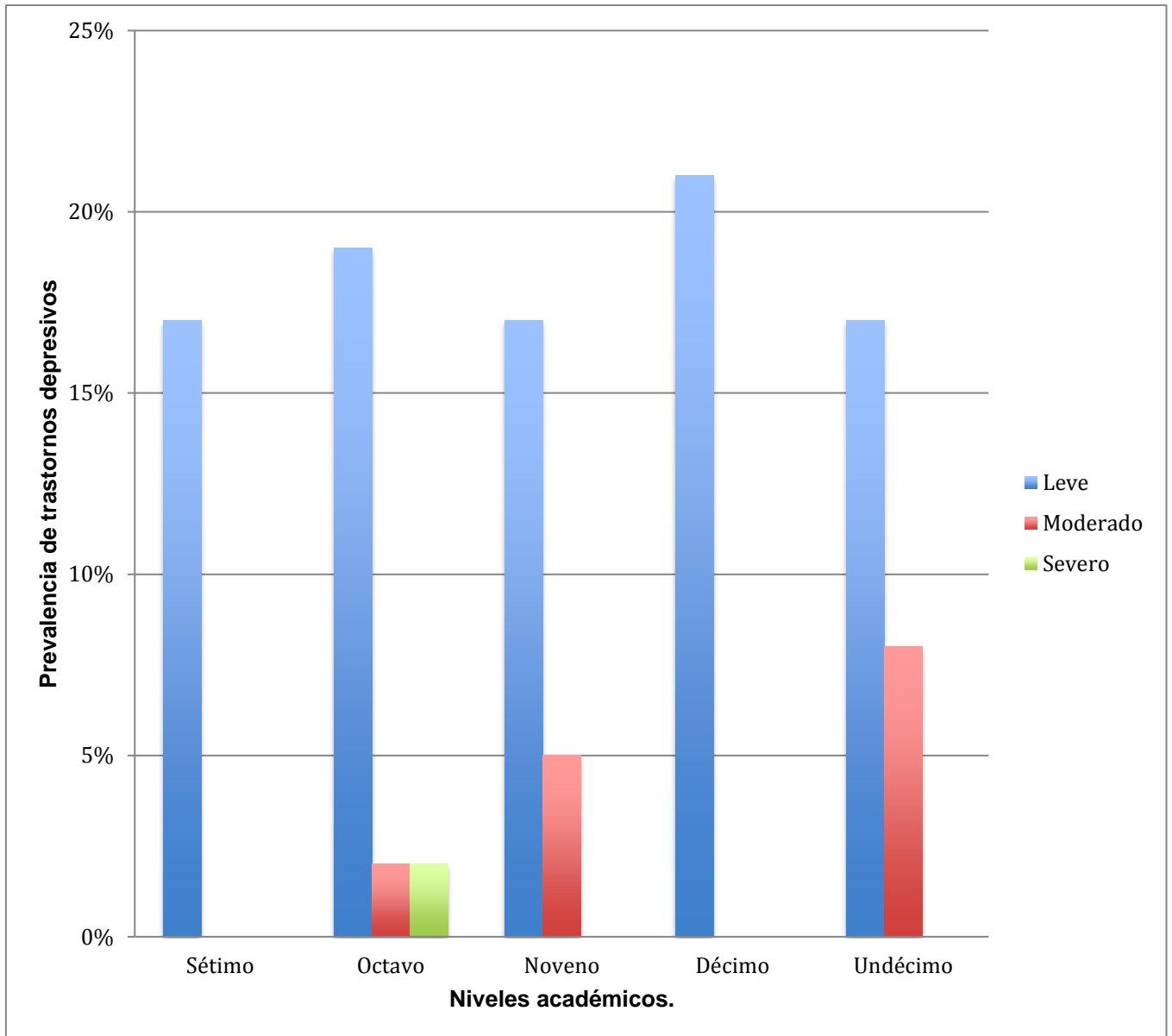


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

La población de undécimo año durante el 2016 fue la minoría estudiantil, así también la muestra de undécimo año fue la más pequeña. Se puede observar en el gráfico anterior que al igual que los grupos anteriores la mayor parte de la muestra no presentó trastornos depresivos.

De los 23 estudiantes que participaron en la muestra, 4 resultaron presentar sintomatología depresiva leve, 1 de los casos estuvo presente en un hombre y 3 en mujeres. Al igual que noveno año, en undécimo año se presentaron 2 casos de depresión moderada, uno en el sexo masculino y otro en el femenino. No se presentaron casos de depresión severa.

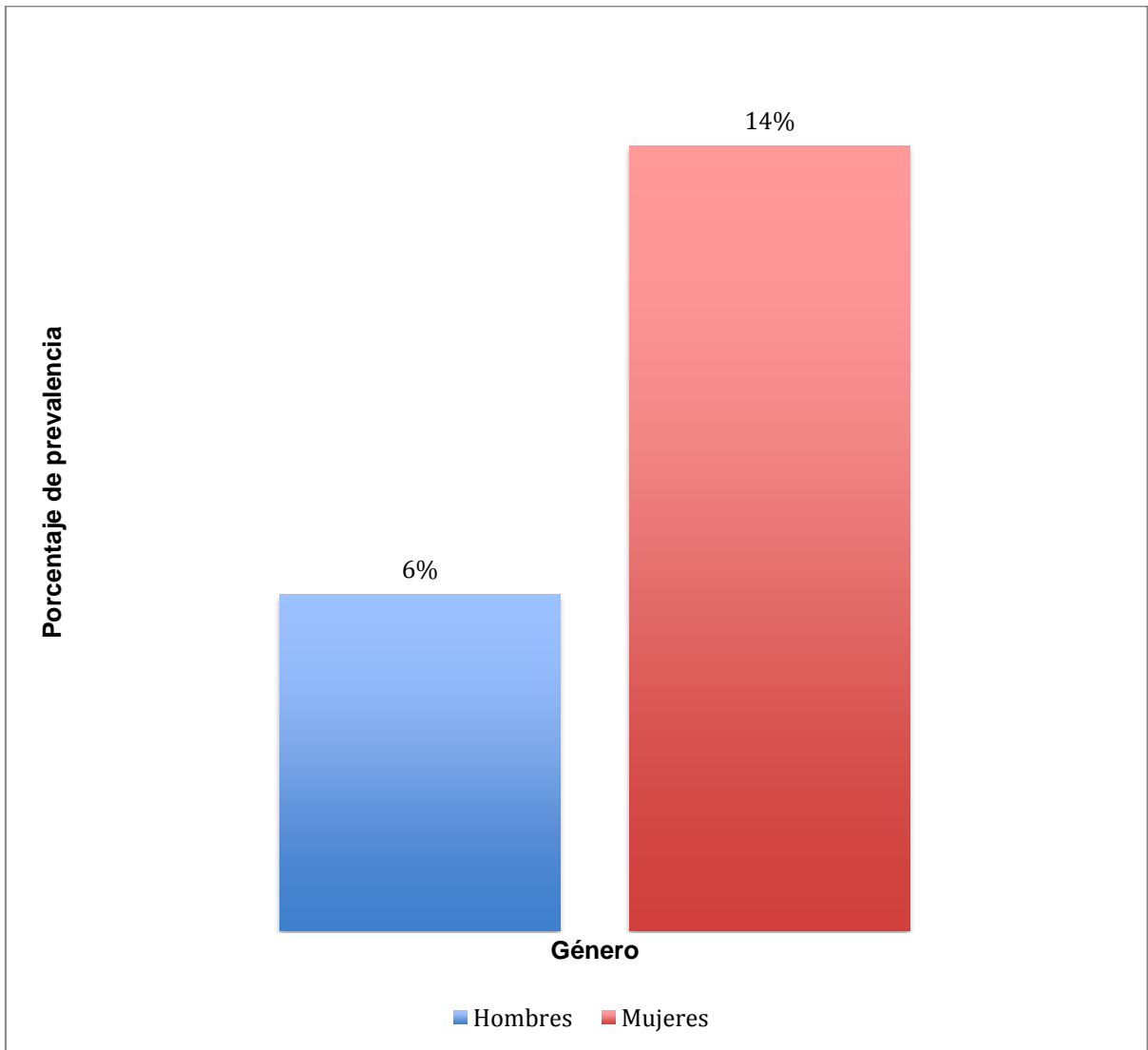
Gráfico 4.37 Prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes del Colegio Diurno de Limón de séptimo a undécimo año durante los meses de noviembre a diciembre del 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

En el gráfico anterior se representa por medio de porcentajes la prevalencia de trastornos depresivos en los estudiantes de séptimo a undécimo año. Primeramente se puede apreciar como la predominancia de trastornos depresivos leves en los 5 niveles, predominando en los estudiantes de décimo año, los cuales son jóvenes comprendidos entre los 15 y los 17 años, esto es comparable a estadísticas internacionales, ya que se ha visto que la depresión en la adolescencia predomina principalmente entre estas edades⁽⁹⁾. Segundo en frecuencia se encuentran los trastornos depresivos moderados, está presente en los estudiantes de octavo, noveno y undécimo año donde su prevalencia es mayor en los jóvenes de undécimo año. Se puede observar que la minoría de los casos corresponde a trastornos depresivos severos, el único caso presente se encontró en los estudiantes de octavo año.

Gráfico 4.38 Prevalencia de trastornos depresivos de acuerdo al sexo en estudiantes del Colegio Diurno de Limón de sétimo a undécimo año durante los meses de noviembre a diciembre del 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la escala de Zung.

El gráfico anterior representa la prevalencia de trastornos depresivos en porcentajes según sexo, en los estudiantes comprendidos de sétimo a undécimo año, se

observa una predominancia de esta patología en las mujeres, datos que estadísticamente son comparables a nivel mundial. Según la aplicación de la escala de Zung en la muestra de la población total, el 14% de las mujeres resultaron tener trastorno depresivos con alguna severidad, este valor representa el doble que en la población masculina. Según la OMS durante la infancia la relación por sexo de trastornos depresivos es de 1:1, no así durante la adolescencia , en donde el sexo femenino supera en prevalencia al sexo masculino, esta relación es 2:1 respectivamente⁽²⁰⁾.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

De la presente investigación se concluye lo siguiente:

- La mayor población estudiantil durante el año 2016 correspondió a estudiantes que cursan el séptimo año, la minoría estudiantil correspondió a estudiantes de undécimo año.
- La población femenina superó en cantidad a la población masculina en séptimo, noveno, décimo y undécimo año, la excepción se da durante octavo año, en donde los hombres superaron a las mujeres en cantidad.
- La mayor parte de estudiantes incluidos en la muestra fueron jóvenes entre 14 y 16 años.
- La gran mayoría de estudiantes viven en áreas urbanas, principalmente barrios cercanos a la institución, barrio Roosevelt, Santa Eduvigis y Cieneguita fueron los barrios con mayor cantidad de estudiantes del Colegio Diurno de Limón durante el año 2016.
- En los estudiantes de séptimo año se observa que los síntomas de carácter negativo de acuerdo con la escala de Zung, estuvieron mayormente presente en mujeres, y los síntomas de carácter positivo estuvieron presentes en los hombres en mayor duración de tiempo, en comparación con las mujeres. De igual forma se observó que los estudiantes de séptimo año fueron los que expresaron mayor deseo de muerte en comparación con los estudiantes de otros niveles académicos.

- En los estudiantes de octavo año, se observó que los síntomas negativos, somáticos y físicos estuvieron presentes con poca frecuencia en los hombres, de igual forma estuvieron presentes con poca frecuencia en las mujeres, sin embargo, la frecuencia fue mayor en las mujeres que en los hombres.
- Los estudiantes de novenos año fueron los que respondieron con mayor frecuencia los síntomas de carácter positivo.
- En los estudiantes de décimo año se observa que los síntomas de carácter negativo, principalmente los ítems que evalúan los aspectos físicos estuvieron presentes con mayor frecuencia en los hombres. Se observa que muy pocos estudiantes expresaron deseos de muerte, en comparación con los estudiantes de otros niveles. Se evidencia mayor participación de actos sexuales y disfrute de estos en comparación con los jóvenes de niveles académicos inferiores.
- En los estudiantes de undécimo año se evidenció que los síntomas de carácter negativo principalmente los de aspecto afectivo de acuerdo con la escala de Zung para depresión estuvieron presentes en mayor frecuencia, en forma temporal en las mujeres. Se evidenció mayor deseo de muerte en las mujeres que en los hombres.
- En los estudiantes de séptimo año solo hubo casos de depresión leve, 8 presentes en mujeres y 2 casos en hombres.

- En los estudiantes de octavo año hubo casos de depresión leve, moderada y fue el único nivel académico que presentó un estudiante con depresión severa, estando presente en el sexo masculino.
- En estudiantes de noveno año hubo casos de depresión leve y moderada.
- En los estudiantes de décimo año se observaron solo casos de depresión leve, estaban presentes 5 casos en las mujeres y 2 en hombres.
- En undécimo año se observaron trastornos depresivos leve y moderado según la escala de Zung para depresión.
- En los estudiantes de décimo año se evidenciaron mayor cantidad de casos de trastorno depresivo en comparación con los otros niveles donde los estudiantes comprendidos entre los 15 y 17 años principalmente, seguido por los estudiantes de octavo año. El nivel que menos presentó casos de trastornos depresivos fueron los estudiantes de séptimo año.
- La prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes del Colegio Diurno de Limón de séptimo a undécimo año, durante el 2016 en los meses comprendidos de noviembre a diciembre fue de 20%, de los cuales la prevalencia en hombres fue de 6% y 14% en mujeres.
- La prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes del Colegio Diurno de Limón son similares a la prevalencia de trastornos depresivos observados en estudios realizados de forma internacional.

5.2 RECOMENDACIONES

- Promover una adecuada educación en la población estudiantil sobre temas relacionados con la salud mental, principalmente trastornos del ánimo, por medio de charlas, información en panfletos y revistas.
- Capacitar a los docentes de los centros educativos en temas relaciones con trastornos del ánimo y comportamiento por medio de charlas, material informativo y cursos.
- Educar e informar a los estudiantes sobre los riesgos y consecuencias del consumo de drogas y alcohol ya que estudios han mostrado su asociación con trastornos del ánimo.
- Realizar visitas continuas por parte de los docentes y orientadores de las instituciones a los hogares, de tal manera que se conozca un poco más de la vida y el entorno familiar del estudiante.
- Reforzar las clases de psicología impartidas en la institución, para que de esa manera se abarquen temas relacionados con la salud mental.
- Proporcionar espacios en donde los estudiantes puedan expresar su forma de sentir, tales como clubes estudiantiles.
- Realizar actividades de recreación intra y extrainstitucionales tales como torneos deportivos, ferias culturales, festivales estudiantiles, campamentos, viajes de carácter educativos.

- Realizar reuniones con los padres de familia y proporcionar atención individual a los estudiantes y padres, para conocer más sobre el entorno familiar y posibles factores de riesgo asociados a los trastornos del ánimo.
- Promover el tamizaje por síntomas depresivos, con instrumentos como la escala de Zung en los centros educativos y servicios de salud en estudiantes de secundaria al iniciar el curso lectivo y a la mitad del curso lectivo, para de esa forma tener una idea más amplia de la prevalencia anual de trastornos depresivos.
- Fomentar redes de apoyo psicológico, psiquiátrico y social en las diferentes comunidades que brinden soporte a los pacientes con depresión al igual que a sus familias.
- Referir a los estudiantes con posibles trastornos del ánimo al primer nivel de atención para así poder realizar el diagnóstico y tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía citada

1. rmn113e.pdf [Internet]. [citado el 20 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2011/rmn113e.pdf>
2. 534 534..540 - 534.full.pdf [Internet]. [citado el 20 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/188/6/534.full.pdf>
3. ctl_servlet [Internet]. [citado el 30 de octubre de 2016]. Disponible en: [http://appswl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90371052&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=51&ty=117&accion=L&origen=apcc
ontinuada&web=www.apcontinuada.com&lan=es&fichero=51v12n06a90371052pdf
001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publici_pdf](http://appswl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90371052&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=51&ty=117&accion=L&origen=apcc%20continuada&web=www.apcontinuada.com&lan=es&fichero=51v12n06a90371052pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publici_pdf)
4. mental.pdf [Internet]. [citado el 30 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/mental.pdf>
5. Depresión generalidades y particularidades - depresion-cuba.pdf [Internet]. [citado el 8 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://newpsi.bvs-
psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf)
6. Depresión generalidades y particularidades - depresion-cuba.pdf [Internet]. [citado el 14 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://newpsi.bvs-
psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf)
7. Concepto y campo de la psiquiatría - T30801.pdf [Internet]. [citado el 14 de julio de 2017]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/8708/1/T30801.pdf>
8. Guia trastornos depresivos - GPCtrastornosdepresivos.pdf [Internet]. [citado el 9 de noviembre de 2016]. Disponible en:

<https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>

9. depresion-cuba.pdf [Internet]. [citado el 8 de noviembre de 2016].

Disponible en: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf

10. Dsm-IV.Castellano.1995.pdf [Internet]. [citado el 6 de febrero de 2017].

Disponible en: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>

11. trastornos_afectivos.pdf [Internet]. [citado el 10 de noviembre de 2016].

Disponible en:

http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastornos_afectivos.pdf

12. GuíaSalud. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Introducción. [Internet]. [citado el 13 de junio de 2017]. Disponible en:

http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/apartado01/introduccion.html#

13. pdfaccess.pdf [Internet]. [citado el 13 de junio de 2017]. Disponible en:

<http://jamanetwork.com/pdfaccess.ashx?url=/data/journals/jama/4884/joc30273.pdf&routename=jama>

14. art03.pdf [Internet]. [citado el 20 de marzo de 2017]. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n11/art03.pdf>

15. IV. GROWTH FAILURE IN INSTITUTIONALIZED CHILDREN -

4_growth_failure_in_institutionalized_children.pdf [Internet]. [citado el 14 de octubre de 2016]. Disponible en:

http://www.thinkchildsafe.org/thinkbeforevisiting/resources/4_growth_failure_in_institutionalized_children.pdf

16. GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf [Internet]. [citado el 9 de marzo de 2017]. Disponible en:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf

17. art02.3.08.pdf [Internet]. [citado el 20 de marzo de 2017]. Disponible en:

<http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

18. Volume1.pdf [Internet]. [citado el 14 de julio de 2017]. Disponible en:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf?sequence=1>

19. DSM 5.pdf [Internet]. [citado el 6 de febrero de 2017]. Disponible en:

<http://www.saludypsicologia.com/app/webroot/useruploads/imageManager/DSM%205.pdf>

20. OMS | Depresión [Internet]. [citado el 13 de junio de 2017]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

21. Depresión generalidades y particularidades - depresion-cuba.pdf [Internet].

[citado el 10 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://newpsi.bvs-](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf)

[psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf)

22. Elkin, David. Psiquiatría clínica. McGraw-Hill Interamericana, 2000. México, D.F;

23. dsm-v-manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-

mentales.pdf [Internet]. [citado el 10 de marzo de 2017]. Disponible en:

<https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/dsm-v-manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales.pdf>

24. GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf [Internet]. [citado el 12 de febrero de 2017]. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
25. MANIFESTACIONES Y GRADOS DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE GRADO DECIMO DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL, DE LA LOCALIDAD DE SUBA, FEBRERO 2011 - Tesis16-8.pdf [Internet]. [citado el 30 de octubre de 2016]. Disponible en:
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9636/Tesis16-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. [citado el 14 de julio de 2017]. Disponible en:
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-3588.00237/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
27. GuíaSalud. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Introducción. [Internet]. [citado el 13 de junio de 2017]. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/apartado01/introduccion.html#
28. Redalyc. Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana - 297225770010.pdf [Internet]. [citado el 11 de abril de 2017]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225770010.pdf>
29. Validez diagnóstica de la Escala de depresión de Zung en pacientes de

atención primaria. | Psiquiatria.com [Internet]. [citado el 14 de julio de 2017].

Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/depresion/validez-diagnostica-de-la-escala-de-depresion-de-zung-en-pacientes-de-atencion-primaria/#>

30. Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH

[Internet]. [citado el 14 de julio de 2017]. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200004

31. Use of the Zung Self-Rating Depression Scale in cancer patients: Feasibility as a screening tool - Documents [Internet]. [citado el 14 de julio de 2017].

Disponible en: <http://docslide.net/documents/use-of-the-zung-self-rating-depression-scale-in-cancer-patients-feasibility.html>

ANEXOS

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Claves de Medición para la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Coteje estas claves con las respuestas del paciente. Sume los números para obtener un valor total.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
	1	2	3	4
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.	4	3	2	1
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.	1	2	3	4
4. Tengo problemas para dormir por la noche.	1	2	3	4
5. Como la misma cantidad de siempre.	4	3	2	1
6. Todavía disfruto el sexo.	4	3	2	1
7. He notado que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8. Tengo problemas de estreñimiento.	1	2	3	4
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.	1	2	3	4
10. Me canso sin razón alguna.	1	2	3	4
11. Mi mente está tan clara como siempre.	4	3	2	1
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.	4	3	2	1
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.	1	2	3	4
14. Siento esperanza en el futuro.	4	3	2	1
15. Estoy más irritable de lo normal.	1	2	3	4
16. Me es fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y me necesitan.	4	3	2	1
18. Mi vida es bastante plena.	4	3	2	1
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.	4	3	2	1

Conversión de la Puntuación Bruta al Índice EAD

Punt. Bruta	Índice EAD	Punt. Bruta	Índice EAD	Punt. Bruta	Índice EAD	Punt. Bruta	Índice EAD	Punt. Bruta	Índice EAD
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

Índice EAD	Impresión Clínica Global Equivalente
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión (de mínima a leve)
60-69	Presencia de depresión (de moderada a notable)
70 o más	Presencia de depresión (de severa a extrema)

Datos del estudiante

Sexo : Masculino____ Femenino____

Edad:_____

Lugar de procedencia :

B. Roosevelt() B. Siglo XXI() Limón 2000 ()

B.Santa Eduvigis(), B. Cieneguita (), B. Limoncito () , B. Los Cocos ()

B. Corales 1, 2 o 3, B. Pacuare Viejo (), B. Pacuare nuevo(), Limón centro ()

Otro (especifique):

ASENTIMIENTO INFORMADO

Estimados estudiantes:

En el Colegio Diurno de Limón se llevará a cabo una investigación por parte del estudiante de medicina y cirugía de la Universidad Hispanoamericana, Rafael Garita Vega Cédula 702300302, para su tesis de graduación de Licenciatura, junto con su tutor y co-investigador el doctor Hilberto Reid, médico psiquiatra del Hospital Tony Facio de Limón. Dicho estudio podría generar resultados positivos a la institución.

Esto es totalmente confidencial y, se aclara que no es un estudio experimental y que no se ven expuestos a ningún riesgo si deciden colaborar, sin embargo su colaboración no es obligatoria y es su derecho decidir si participa o no.

Concedo mi asentimiento y otorgo de manera voluntaria mi permiso para que se me incluya como sujeto de estudio en el proyecto de investigación médica **“Prevalencia de trastornos depresivos en el Colegio Diurno de Limón en estudiantes de séptimo a undécimo año entre el periodo de noviembre a diciembre del 2016.”** luego de haber comprendido en su totalidad la información de dicho proyecto, y en el que he entendido que:

- Mi participación no implica examen físico alguno, sino que se limita exclusivamente a contestar un formulario de manera confidencial.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para ambos en caso de no aceptar la invitación.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para ambos en caso de aceptar la invitación.
- No habrá ninguna remuneración alguna por la colaboración en el estudio.
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de la colaboración.

Firma del responsable _____

Nombre y firma del responsable del estudio _____

Atentamente

Rafael Garita Vega
702300302

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimados padres de familia:


En el Colegio Diurno de Limón se llevará a cabo una investigación por parte del estudiante de medicina y cirugía de la Universidad Hispanoamericana, Rafael Garita Vega Cédula 702300302, para su tesis de graduación de Licenciatura, junto con su tutor y co-investigador el doctor Hilberto Reid, médico psiquiatra del Hospital Tony Facio de Limón. Dicho estudio podría generar resultados positivos a la institución y a la provincia por lo cual agradeceríamos su permiso para que su hijo llene esta encuesta.

Esto es totalmente confidencial por lo que no se les pedirá ni sus nombres ni sus identificaciones ya que no es de interés para dicho estudio, se aclara que no es un estudio experimental y que no se ven expuestos a ningún riesgo si deciden colaborar, sin embargo su colaboración no es obligatoria y es su derecho decidir si participa o no.

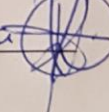
Yo _____, responsable directo del estudiante, concedo mi consentimiento y otorgo de manera voluntaria mi permiso para que se le incluya como sujeto de estudio en el proyecto de investigación médica **“Prevalencia de trastornos depresivos en el Colegio Diurno de Limón en estudiantes de sétimo a undécimo año entre el periodo de noviembre a diciembre del 2016.”** luego de haber comprendido en su totalidad la información de dicho proyecto, y en el que he entendido que:

- La participación de mi hijo no implica examen físico alguno, sino que se limita exclusivamente a contestar un formulario de manera confidencial.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para ambos en caso de no aceptar la invitación.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para ambos en caso de aceptar la invitación.
- No habrá ninguna remuneración alguna por la colaboración en el estudio.
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de la colaboración.

Nombre y firma del responsable

Alonso Ching P. 

Nombre y firma del responsable del estudio

Rafael Garita Vega 

Atentamente

Rafael Garita Vega
702300302

DECLARACIÓN JURADA

Yo Rafael Ángel Garita Vega, cédula de identidad número 702300302, en condición de egresado de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura titulado **"PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO DIURNO DE LIMÓN DE SÉTIMO A UNDÉCIMO AÑO DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2016 "** es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos 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; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: "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, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el 22 de Junio del 2017.



Rafael Ángel Garita Vega

Ced 702300302

Limón 21 Junio 2017

CARTA DEL TUTOR

Dirección de Carrera
Carrera Medicina y Cirugía
Universidad Hispanoamericana

Estimado señor:

El estudiante Rafael Ángel Garita Vega , cédula de identidad número 702300302 , me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado Prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes del Colegio Diurno de Limón de séptimo a undécimo año durante los meses de noviembre a diciembre del 2016 , el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

En mi calidad de tutor, he verificado que se han 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.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene 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 INVESTIGACION	30%	30
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL		100

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,

Nombre *Hilberto Ruiz Datchell*
Cédula identidad 700740083
Carné Colegio Profesional 2841

San José, 26 de julio del 2017

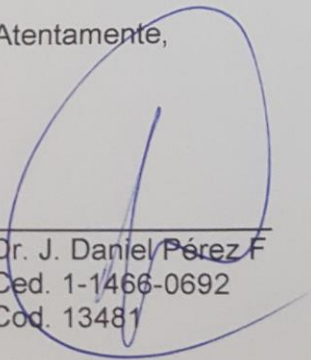
Srs.
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimado señor: El estudiante Rafael Garita Vega; cédula de identidad número: 702300302, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **"PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO DIURNO DE LIMÓN DE SÉTIMO A UNDÉCIMO AÑO DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2016"**. 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,



Dr. J. Daniel Pérez F
Ced. 1-1466-0692
Cod. 13481



EDUCATESIS, hace constar que se realizó la revisión del presente trabajo, se analizó la construcción de párrafos, vicios del lenguaje, ortografía, puntuación y otros relacionados a la Corrección de Estilo, sin alterar la intencionalidad del autor y el enfoque del tema. Por lo tanto, **CERTIFICA**, la revisión y corrección de la tesis para optar por el Grado Académico de:

**LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

Tema:
PREVALENCIA DE TRANSTORNOS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO
DIURNO DE LIMÓN DE SÉTIMO AO DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE A
DICIEMBRE DEL 2016.

Elaborado por: Rafael Garita Vega.

Se extiende la presente en San José, 04 de agosto del 2017.

Atentamente

LICDA. JACQUELINE RÍOS A.
COORDINADORA GENERAL DE FILÓLOGOS
EDUCATESIS
C/616

educatesis@hotmail.com
8762-2302