

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSE FAUSTINO SANCHEZ CARRION**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**TESIS**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS  
ADOLESCENTES DEL TERCER, CUARTO Y QUINTO AÑO DE SECUNDARIA  
EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA CORONEL PEDRO PORTILLO SILVA -  
HUAURA, 2016.**

**PRESENTADO POR:**

ROQUE PRINCIPE, Julia Yanina.  
TORRES BRICEÑO, Milagros Harumi

**PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE LIENCIADA EN ENFERMERIA**

**HUACHO – 2018**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS  
ADOLESCENTES DEL TERCER, CUARTO Y QUINTO AÑO DE SECUNDARIA  
EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA CORONEL PEDRO PORTILLO SILVA -  
HUAURA, 2016.**

**TESIS DE PREGRADO**

ROQUE PRINCIPE, Julia Yanina.  
TORRES BRICEÑO, Milagros Harumi

**ASESORA:**

NICHO VARGAS, Juana Olinda

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSE FAUSTINO SANCHEZ CARRION**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**HUACHO**

**2018**

**DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a nuestro padre Dios, por guiar nuestros caminos en todo momento de nuestras vidas, por darnos toda la fuerza y tenacidad necesaria para lograr todos nuestros objetivos en la vida. A nuestros queridos padres y hermanos que nos brindan su amor y apoyo incondicional en todo momento.

## AGRADECIMIENTO

De antemano agradecemos a las personas que hicieron posible la ejecución de la presente investigación, en calidad de asesores, informantes o de encuestados.

Todos y cada uno de ellos dedicaron su tiempo contribuyendo de esta de manera con sus aportes al enriquecimiento de la presente investigación.

Nuestro sincero agradecimiento:

Asesora:

Mc. Juana Olinda Vargas Nicho, por sus aportes, guía, experiencia científica y críticas constructivas en la realización del presente trabajo.

Expertos:

Mg. Gustavo Sipán Valerio, Dr. Carlos Ruiz Huaraz, Lic. Mirtha Pajuelo,

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
ÍNDICE.....	v
RESUMEN .....	x
ABSTRACT .....	xi
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1. Descripción de la realidad problemática: definición y delimitación. ....	1
1.2. Formulación del problema .....	7
1.3. Objetivos: General y específicos .....	7
1.3.1. Objetivo General .....	7
1.3.2. Objetivos Específicos:.....	7
1.4. Justificación e importancia de la investigación .....	7
CAPITULO II: Marco Teórico.....	12
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
2.2. BASES TEÓRICAS: .....	17
2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS .....	29
2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS .....	46
CAPITULO III: Metodología.....	48
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	48
3.1.1. Tipo .....	48
3.1.2.Enfoque .....	48
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:.....	49
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	52
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	55
3.4.1. Técnicas a Emplear .....	55

3.5. Técnicas para el procesamiento de la Información.....	58
CAPITULO IV: RESULTADOS .....	59
Presentación de Cuadros, Gráficos e interpretaciones .....	59
CAPITULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	66
5.1. DISCUSIÓN .....	66
5.2. CONCLUSIONES .....	69
5.3. RECOMENDACIONES.....	72
CAPITULO VI: FUENTES DE INFORMACIÓN .....	75
6.1.Fuentes bibliográficas .....	75
6.2. Fuentes Hemerográficas.....	76
6.3. Fuentes Documentales .....	76
6.4. Fuentes Electrónicas .....	76
ANEXOS .....	77

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1: Prevalencia de depresión en los adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016 .....	60
Tabla 2: Factores asociados en adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016 .....	61
Tabla 3: Factores asociados en adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016 .....	62
Tabla 4: Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, huaura-2016 .....	64

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Prevalencia de depresión.....	60
Gráfico 2: Factores Asociados.....	61
Gráfico 3: Factores Asociados.....	62
Gráfico 4: Prevalencia de depresión y factores asociados.....	64

## ÍNDICE DE ANEXOS

### INDICE DE ANEXO

#### 1. CONTENIDO DE TABLAS

1.1. TABLA N° 1: Edad de los adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.	78
1.2. TABLA N° 2: Edad y prevalencia de depresión en los adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.	79
1.3. TABLA N° 3: Edad y factores asociados de los adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.	80
1.4. TABLA N° 4: Sexo de los adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.	81
1.5. TABLA N° 5: Sexo y prevalencia de depresión en los adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.	82
1.6. TABLA N° 6: Sexo y factores asociados de los adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.	83
1.7. TABLA N° 7: Procedencia de los adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.	84
1.8. TABLA N° 8: Procedencia y prevalencia de depresión en los adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.	85
1.9. TABLA N° 9: Procedencia y factores asociados de los adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.	87
1.10. Inventario para Depresión de Beck (BDI).	88
1.11. Inventario de Recursos Psicológicos.	92
1.12. Validez del instrumento	95
1.13. Confiabilidad del instrumento	96

## RESUMEN

La depresión es una enfermedad demasiado frecuente a nivel mundial, se calcula que afecta a unos 350 millones de personas, dato que nos indica que estamos ante una enfermedad global y un problema de salud pública latente.

**OBJETIVO:** Determinar la relación que existe entre la prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución Educativa Coronel Pedro Portillo Silva – Huaura, 2016.

**MATERIALES Y METODOS:** Estudio de tipo cuantitativo, prospectivo, descriptivo, correlacional y transversal con una población objetivo de 350 adolescentes, tipo de muestreo probabilístico estratificado, el tamaño de la muestra fue 183. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario y registro. La técnica de procesamiento de datos es el Chi - cuadrado (x<sup>2</sup>).

**RESULTADOS:** El 44,3% no presenta depresión, el 38,3% presenta depresión y el 17,5% manifiesta Distimia. El 90,7% sí evidencian el uso de los factores asociados y el 9,3% no evidencian hacer uso de los factores asociados.

**CONCLUSION:** No existe una relación significativa entre la prevalencia de depresión y el uso de los factores asociados en adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución Educativa Coronel Pedro Portillo Silva – Huaura, 2016.

**Palabras claves:** Depresión, factores asociados, adolescencia.

## ABSTRACT

Depression is a disease too frequent worldwide, it is estimated that affects about 350 million people, which indicates that we are facing a global disease and a latent public health problem.

**OBJECTIVE:** To determine the relationship between the prevalence of depression and associated factors in adolescents of the third, fourth and fifth year of secondary school at the Coronel Pedro Portillo Silva - Huaura Educational Institution, 2016.

**MATERIALS AND METHODS:** Quantitative, prospective, descriptive, correlational and cross-sectional study with a target population of 350 adolescents, type of stratified probabilistic sampling, the sample size was 183. For the data collection, the questionnaire and registry were used. The data processing technique is Chi - square ( $\chi^2$ ).

**RESULTS:** 44.3% had no depression, 38.3% had depression and 17.5% had Dysthymia. 90.7% do show evidence of the use of associated factors and 9.3% do not evidence that they use the associated factors.

**CONCLUSION:** There is no significant relationship between the prevalence of depression and the use of associated factors in adolescents of the third, fourth and fifth year of secondary school at the Coronel Pedro Portillo Silva - Huaura Educational Institution, 2016.

**Keywords:** Depression, associated factors and adolescence.

## INTRODUCCION

El apego y las emociones son dos pilares fundamentales para entender la conducta humana. Las relaciones de apego y las emociones sentidas son la sal de la vida, sin embargo, en su expresión más negativa, son perturbadoras y pueden provocar graves trastornos y padecimientos que en muchos casos, empiezan en la infancia.

La adolescencia supone un periodo de cambio en el que las alteraciones de todo tipo, ya sean biológicas, cognitivas, sociales y/o del comportamiento aparecen con una mayor proporción, en comparación con aquellas que aparecen en otros niveles de edad. Todos estos cambios suponen, además, un ajuste emocional que no siempre se logra.

Los trastornos emocionales, también llamados trastornos afectivos o del estado del ánimo, son los síndromes más investigados en adultos. Sin embargo, esta característica no siempre ha sido extensible a niños y jóvenes debido a controversias históricas, aunque actualmente existen numerosos estudios centrados en analizar la aparición de dichas perturbaciones psicológicas en edades tempranas.

La adolescencia, es un periodo de generación de profundos temores, estos miedos provocan cambios tan bruscos y radicales, cambios en el núcleo familiar en la búsqueda por diferenciarse y el cambio psicológico fundamental que significa la búsqueda de una identidad adulta y su primera experiencia sexual.

El modelo cognitivo de la depresión considera que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información. Durante la depresión están activados una serie de esquemas (formas de percibir realidad que incluyen creencias y emociones) que la favorecen. Estos esquemas suelen adquirirse en la infancia, pero pueden permanecer latentes (inactivos) y activarse cuando el sujeto se encuentra con situaciones estresantes similares a aquellas en que se formaron.

La Teoría cognoscitiva social de Albert Bandura, considera que los factores externos son tan importantes como los internos y que los acontecimientos ambientales, los factores personales y las conductas interactúan con el proceso de aprendizaje. Supone que los factores personales (creencias, expectativas, actitudes y conocimientos), el ambiente (recursos, consecuencia de

las acciones y condiciones físicas) y la conducta (acciones individuales, elecciones y declaraciones verbales) influyen de forma mutua, a lo que se le llama determinismo recíproco.

La teoría del sistema conductual de Johnson estudia los conceptos metaparadigmáticos de persona, entorno y enfermería. La persona es un sistema conductual que posee siete subsistemas interrelacionados. Cada subsistema está formado por un grupo de respuestas conductuales, o tendencias de respuesta o sistemas de acción que comparten un impulso u objetivo global. Estas respuestas se diferencian, desarrollan y modifican con el tiempo a través de la maduración, la experiencia y el aprendizaje. Por tanto la depresión es un trastorno que se presenta durante los años de la adolescencia, es decir, entre los 13 y 18 años, marcado por tristeza, desánimo y pérdida de la autoestima persistentes, al igual que falta de interés en actividades usuales. Puede ser una respuesta a muchas situaciones y factores de estrés en los adolescentes. En ellos, el estado anímico depresivo es común debido a: el proceso normal de maduración y el estrés que deriva del mismo, la influencia de las hormonas sexuales, los conflictos de independencia con los padres, entre otros.

Según los últimos datos estadísticos, la depresión, es una de las enfermedades mentales más prevalentes en la población peruana. Los estudios realizados en adolescentes revelan alarmantes cifras tanto de sintomatología depresiva (que incluye la ideación y el intento suicida) como del número de personas que podrían alcanzar un diagnóstico de depresión mayor. Por ejemplo, en Cajamarca, uno de cada veinte adolescentes reúne criterios para ser diagnosticado con depresión mayor. Asimismo, a pesar de que no existen estudios epidemiológicos con adolescentes, existe la presencia de numerosos factores de riesgo que evidencian la presencia de este síndrome.

Por estas razones, el objetivo principal que se plantea en el presente trabajo de investigación es, determinar la relación entre la prevalencia de depresión y los factores asociados en adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución Educativa Coronel Pedro Portillo Silva – Huaura, 2016.

Para ello, se ha realizado una revisión teórica en la que se aborda la descripción y características de la depresión en los adolescentes y se revisan los datos epidemiológicos de la depresión en el Perú. También, se revisa el modelo teórico cognitivo que explica la

depresión y se describe detalladamente los factores de riesgo encontrados para este trastorno, donde se realiza un acercamiento a las características como procedencia, edad, sexo y su relación con la depresión y los factores asociados.

Por último, se describe el método mediante el cual se realizó esta investigación y se exponen los resultados obtenidos los cuales serán discutidos para presentar las conclusiones y recomendaciones para futuros trabajos de investigación sobre la prevalencia de depresión y los factores asociados en adolescentes.

## CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la realidad problemática: definición y delimitación.

A nivel mundial según información brindada por la OMS, señala que la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a de 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana, puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, siendo el suicidio la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.<sup>1</sup>

De acuerdo a varios estudios realizados, una de cada dos personas que desarrollan trastornos mentales *presenta los primeros síntomas a los 14 años de edad*. Si los adolescentes con problemas de salud mental recibieron la atención que precisan, se podrían evitar muertes y un sufrimiento de por vida.

Según el informe elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y titulado *Health for the world's adolescents*, la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años, datos de políticas sanitarias de 109 países.

El informe, que se basa en un importante acervo de datos publicados y entrevistas realizadas a adolescentes de entre 10 y 19 años de edad de todo el mundo, también reúne, por primera vez, *el conjunto de orientaciones brindadas por la OMS sobre toda la gama de cuestiones de salud que afectan a los adolescentes*, entre las que cabe mencionar el tabaco, el consumo de alcohol y drogas, el VIH, los traumatismos, la salud mental, la nutrición, la salud sexual y reproductiva, y la violencia.

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Nota de prensa, febrero del 2017]. 20 de febrero del 2017.

“La atención prestada a la salud de los adolescentes en todo el mundo es insuficiente” afirma la Dra. Flavia Bustreo, Subdirectora General de la OMS para la Salud de la Familia, la Mujer y el Niño. “Esperamos que este informe contribuya a centrar la atención de las altas instancias en las necesidades de salud de los adolescentes de entre 10 y 19 años de edad y sirva de trampolín para acelerar la adopción de medidas relacionadas con la salud de los adolescentes”.<sup>2</sup>

Según lo mencionado, podemos afirmar que efectivamente éste es un grupo etario que se encuentra vulnerable a episodios depresivos, por lo que vendría a ser la población con la cual debemos trabajar para establecer consigo medidas preventivas y así evitar consecuencias letales a futuro, enfocándonos básicamente en el primer nivel de atención promocional preventivo.

Asimismo, en el mundo, cada año mueren más de 2,6 millones de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años por causas prevenibles. Durante el periodo del año 2011, aproximadamente el 20% de los adolescentes presentaron un problema de salud mental, como depresión o ansiedad.<sup>3</sup>

Así también, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los trastornos mentales se consideran un problema de salud en casi todo el mundo y se calcula que para el año 2020 la depresión será la segunda dolencia más frecuente y la primera causa de ausentismo laboral y escolar en países desarrollados. Actualmente, las cifras hablan de un 20 por ciento de los niños y adolescentes del planeta con alguna enfermedad mental, pero los síntomas depresivos y la depresión se han convertido en un problema de magnitud notoria. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para llevar vidas saludables y productivas.

A nivel de Latinoamérica, entre los trastornos mentales más comunes están: *la depresión*, la psicosis y los problemas derivados de la dependencia y del abuso del alcohol. De acuerdo con Dévora Kestel, asesora para América Latina y el Caribe en salud mental de

---

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes. [Comunicado de prensa, 14 de Mayo del 2014]. GINEBRA. 20 de febrero del 2017.

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud. Riesgos para la salud de los jóvenes. España. OMS. 2016.

la Organización Mundial de la Salud, la brecha que existe en la región entre el número de personas con enfermedades mentales y la respuesta que reciben en términos de tratamiento es “enormemente grande”.<sup>4</sup>

Radica aquí nuestro compromiso de estudiar minuciosamente este tema, que está obteniendo cifras relevantes en diversos lugares a nivel mundial y nacional, las cuales están llegando a obtener cuantiosas y lamentables pérdidas de aquellos adolescentes que se encuentran siendo víctimas de esta enfermedad silenciosa pero sumamente peligrosa.

En el congreso regional de psiquiatría que se celebra en Santo Domingo (República Dominicana) arrojó datos de que la depresión es la primera causa de consulta mental, la incidencia de esta enfermedad es de un 46,3% en los que solo alcanzaron un nivel primario de educación, seguidos por el 40,7% de quienes realizan estudios secundarios.<sup>5</sup>

También se hallan datos en Colombia, como el resto del mundo en donde es una preocupación el desarrollo afectivo de niños y jóvenes, dado que uno de cada 2 presenta alguna sintomatología afectiva, ya sea leve, moderada o severa, causando disfunción en el vínculo afectivo con la familia, profesores y amigos, cosa que se ve reflejada en el deterioro de la calidad y en el funcionamiento global del individuo. En los adolescentes con síntomas afectivos, existe un mayor riesgo de idealización e intentos de suicidio, sin embargo, las estrategias de detección y manejo precoz, no son suficientes para reducir la frecuencia de dichas conductas y desenlaces fatales.<sup>6</sup>

A su vez Chile es el país que ostenta uno de los mayores aumentos en la tasa de suicidios en el mundo, la tasa más alta de suicidio en jóvenes corresponde a varones de 20 a 24 años. Según cifras del ministerio de Salud, si en el 2000 se suicidaban cuatro de cada 100 mil personas entre 10 y 19 años, esa cifra en el 2010 se elevó a ocho y se estima que para el

---

<sup>4</sup> BBC Mundo (British Broadcasting Corporation, ente público de radio y televisión del Reino Unido). "Me acuerdo del día que fui a la cocina por un cuchillo para cortarme las venas": El drama de las enfermedades mentales en América Latina. Margarita Rodríguez. [Nota de prensa 15 septiembre 2015]. 20 de febrero del 2017.

<sup>5</sup> Casado, O. (2016). Depresión es la principal enfermedad psiquiátrica en América Latina. RRP. Perú. Sección.

<sup>6</sup> Paredes, M., Guzmán, Y., Granados, C. (2016). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. Rev. salud pública. Universidad de la Sabana. Bogotá. Colombia.

2020 se llegará a 12 suicidios por cada 100 mil adolescentes, lo que representa un incremento del 200 por ciento.<sup>7</sup>

Natalia González, psiquiatra infantil y de la adolescencia de la Universidad Nacional Autónoma de México, adscrita al Centro Médico Imbanaco de Cali, explica que “el trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes es una enfermedad frecuente con una prevalencia de 0,4 a 2,5 por ciento en niños, y de 0,4 a 8,3 por ciento en adolescentes. Se considera que es la segunda patología más vista en psiquiatría infantil y se asocia con disfunción familiar, escolar y conducta suicida”.<sup>8</sup>

Según la información expuesta acerca del grupo etario estudiado que ha sido detectado con esta enfermedad, solo un grupo minoritario llega a recibir atención clínica, mientras que el mayor porcentaje de esta población no recibe la atención correspondiente siendo en algunos casos los patrones socioculturales (creencias, tabo, nivel de educación, sexo, etc.) los limitantes a que éstos busquen la ayuda necesaria. La otra causa principal es el desabastecimiento del presupuesto designado para el área de salud, que en muchos países los limita a abastecerse de recursos humanos y materiales. Por lo tanto, estas son las causas principales que desencadenarán el aumento de episodios depresivos que llevarán consigo alarmantes pérdidas letales.

En el Perú según señala, Walter Castillo Martell, director del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, las conductas suicidas están asociadas a la depresión y se forman en algunos casos desde la infancia. En nuestro país hay un millón 700 mil personas deprimidas, pero solo el 25% ha recibido atención especializada.

Según las estadísticas de la institución, el 80% de los 334 casos de suicidios presentados en el país el año pasado, tuvo su origen en problemas de ánimo y depresión. “De cada 20 personas mayores de 15 años, una se deprime al año; de cada 20 personas con

---

<sup>7</sup> Tasa de suicidio adolescente es la más alta de Latinoamérica. [Diario U Chile. Macarena Scheuch, Sábado 24 de marzo 2012]. 20 de febrero del 2017.

<sup>8</sup> El Tiempo. Depresión en adolescentes, en aumento. Honoria Montes. [Nota de prensa 27 de mayo 2014]. 20 de febrero 2017.

episodio de depresión, una intenta suicidarse; y de cada 20 intentos de suicidio, uno llega a consumarse”, detalló Castillo.<sup>9</sup>

Se sabe que, alrededor del 84% de los adolescentes que tienen problemas de salud mental no lo aceptan y reconocen, y solo una de cada 10 personas que requieren tratamiento de salud mental solicita atención.

El experto explicó que dicha problemática tiene razones diversas, entre ellas la insuficiencia de servicios que brindan atención en salud mental, falta de reconocimiento del propio problema de salud mental y existencia de elevado estigma asociado a los trastornos mentales por parte de la población.<sup>10</sup>

A su vez el Ministerio de Salud del Perú realizó un estudio de salud escolar en donde el 17,4% de adolescentes entre 10 y 14 años reconoció que había intentado suicidarse al menos una vez en los últimos 12 meses. La depresión no es la única causa que lleva a acabar con la vida, pero sí la más usual.<sup>11</sup>

En lo que va del año 2015 se han registrado 241 suicidios, 22 de ellos corresponden a niños entre 8 y 17 años. No se necesitan grandes catástrofes, la vida en sí misma es a veces demasiado grande y pesada como para que puedan cargarla ellos y su genética.

Este síndrome está directamente asociado a todas las formas de violencia y según el último estudio del ENDES a nivel nacional en el 74 por ciento de las familias del país se registra algún tipo de violencia. Una de las últimas noticias es que el Perú es el país más infeliz de Latinoamérica. Pero una cosa es no ser feliz y otra estar deprimido.<sup>12</sup>

Según una entrevista realizada a la psicóloga PAJUELO ESPINOZA Hilda, trabajadora actual del Hospital Regional de Huacho, informó que según los registros que se maneja para la consulta externa diaria se están atendiendo de 13-15 adolescentes por día, de

---

<sup>9</sup> La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida. Diario Perú 21. Nota de prensa, actualidad; Sábado 06 de setiembre del 2014. 18 de setiembre 2016.

<sup>10</sup> Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Alrededor del 84% de las personas con problemas de salud mental no lo aceptan y reconocen. Perú. INSM-HDHN. 2014.

<sup>11</sup> Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Uno de cada ocho niños o adolescentes presentará algún problema de salud mental. Perú. INSM-HDHN. 2016.

<sup>12</sup> Paredes M., Guzmán Y., Granados C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. Rev. salud pública. Universidad de la Sabana. Bogotá. Colombia.

los cuales aproximadamente 6 están siendo nuevamente citados para darles consejería tanto al adolescente como a los padres, a su vez incorporarlos a un taller con el que cuenta el hospital, que se realizan los días viernes por las tardes. Donde les brindan terapias grupales; para mejorar problemas de conducta, controlar patrones de depresión y ansiedad, control de ira, etc.

Según datos encontrados recopilados por el área de estadística del Hospital Regional de Huacho, dentro del grupo etario que va desde los 12 a 17 años, durante el transcurso del año 2012 se llegaron a diagnosticar 19 casos de trastornos depresivos, en el año 2013 se diagnosticaron 13 casos, en el año 2014 se diagnosticaron 24 casos, en el año 2015 se diagnosticaron 14 casos y en el año 2016 se diagnosticaron 48 casos de trastornos depresivos en adolescentes, los cuales están asociados estrechamente a problemas de ansiedad, a consumo de sustancias ilícitas (drogas y alcohol), que esto puede ir desde episodios depresivos con causas no específicas hasta episodios de depresión mayor, trayendo consigo consecuencias letales como el intento de suicidio o el suicidio propiamente dicho.<sup>13</sup>

Estas cifras que han ido en crecimiento durante los últimos cinco años nos dan un indicador alarmante, de cuanta atención se le está poniendo a esta enfermedad mental que va cobrando vidas a su paso, ya sea por el poco o escaso interés que le ponen al estudio minucioso de estos casos y las escasas medidas preventivas promocionales que se están usando para disminuir esta creciente de cifras, porque la depresión es una de las enfermedades que te autodestruye silenciosamente. Si tomamos como referencia el 2012 y lo comparamos al 2016, estamos hablando de un crecimiento de un 200% lo cual debería ser de suma preocupación para el personal de salud.

Entonces con todo lo ya expuesto sobre esta enfermedad mental, que va creciendo de manera agigantada y silenciosa afectando a la población en mención con mayor énfasis a comparación de los otros grupos etarios; siendo los adolescentes los que a su vez están obteniendo la tasa más alta con respecto al suicidio que trae como consecuencia la depresión, por lo que todo esto nos lleva a formular nuestro siguiente problema:

---

<sup>13</sup> Informe anual de todos los servicios. Área de estadística. Hospital Regional de Huacho. Febrero del 2017.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Qué relación existe entre la prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución Educativa Coronel Pedro Portillo Silva – Huaura, 2016?

## **1.3. Objetivos: General y específicos**

### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar la relación que existe entre la prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución Educativa Coronel Pedro Portillo Silva – Huaura, 2016.

### **1.3.2. Objetivos Específicos:**

- ❖ Identificar la prevalencia de depresión en adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución Educativa Coronel Pedro Portillo Silva – Huaura, 2016.
- ❖ Identificar factores asociados a la depresión en adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución Educativa Coronel Pedro Portillo Silva – Huaura, 2016.
- ❖ Relacionar la prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución Educativa Coronel Pedro Portillo Silva – Huaura, 2016.

## **1.4. Justificación e importancia de la investigación**

Es importante conocer y entender la problemática actual que viven los adolescentes, sobre todo en aquellos que se encuentran con alto grado de vulnerabilidad y las consecuencias que se podrían desencadenar a raíz de este problema.

Algunos estudios demuestran que todas las personas que padecen problemas mentales sufren sus primeros síntomas a partir de los 14 años. Por lo que la OMS, señala que si los adolescentes fuesen tratados a tiempo se podrían evitar muertes y "sufrimientos durante toda una vida".

Por tanto, la relevancia de la presente investigación, radica en que los problemas mentales continúan siendo uno de los problemas de salud pública más serios en los adolescentes y que en la actualidad aún no ha tomado relevancia necesaria, teniendo como fin contribuir de manera urgente en la disminución de la carga mundial de morbilidad dejando evidencia que es un problema con relevancia social.

### **Relevancia social**

Existen actualmente estudios en los que se evidencia que las personas más felices y satisfechas, desarrollan imágenes positivas de sí mismas, son capaces de controlar su entorno; van a desplegar mayores recursos para relacionarse con los demás y sufren menor malestar emocional.

De acuerdo a la etapa del ciclo vital, la población adolescente parece ser especialmente vulnerable a la depresión, cifras de prevalencia del 4% al 8% en población no clínica y del 27% al 40% en población clínica, en donde la ideación suicida se manifiesta como consecuencias a corto, mediano y largo plazo o el suicidio consumado en el 15% al 20% de los que la presentan. A mediano plazo la depresión predice conducta antisocial, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; y actúa como factor de riesgo para el desarrollo de cualquier otro tipo de psicopatología.

Las personas que se beneficiaran serán los adolescentes del tercer, cuarto y quinto año del nivel secundario, identificando la prevalencia de depresión en el accionar de los adolescentes y de esta forma prevenir que este problema de salud pública latente, conlleve a consecuencias letales como: el intento de suicidio o el suicidio propiamente dicho, mediante el hallazgo de los factores asociados más frecuentes los cuales nos permitirán identificar y señalar a los adolescentes que se encuentran más propensos a agudizar el problema, dado que este es el grupo etario que se encuentra predispuesto a sufrir algún cuadro depresivo.

En este contexto consideramos relevante estudiar los factores asociados a la depresión los cuales se encuentran afectando la satisfacción que ellos sienten en sus vidas, sobre todo en los adolescentes quienes son los que inician una etapa de profundos cambios relacionados a la búsqueda de su identidad, a la elaboración de un proyecto profesional para el futuro y el proceso de independencia de la familia para posteriormente convertirse en adultos.

### **Implicancias prácticas**

Dado el rol imprescindible de enfermería, la presente investigación espera que los resultados contribuyan al esfuerzo de salud pública, identificando la prevalencia de depresión con el mayor número de casos de adolescentes deprimidos o en riesgo a deprimirse y también identificar cuáles son los factores asociados que están inmersos para que este problema se agudice en los adolescentes, ya que la depresión es el escenario propicio para que se desarrollen mayores complicaciones a futuro.

### **Implicancias teóricas**

El modelo del núcleo, el cuidado y la curación de Hall fue la primera en referirse a la importancia de la persona total que necesita cuidado. También fue la teoría que percibe a las enfermeras como profesionales y estableció que la atención debe ser administrada solo por enfermeras entrenadas. Requiere la participación en los tres círculos en los que se basa el modelo: núcleo, cuidado y curación: desempeñando funciones distintas en cada uno de ellos. El círculo del cuidado es el área propia de la Enfermería, mientras que el círculo del núcleo lo comparte con la Psicología y el clero y el de la curación con la Medicina.

El modelo cognitivo de la depresión considera que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información. Durante la depresión están activados una serie de esquemas (formas de percibir realidad que incluyen creencias y emociones) que la favorecen. Estos esquemas suelen adquirirse en la infancia, pero pueden permanecer latentes (inactivos) y activarse cuando el sujeto se encuentra con situaciones estresantes similares a aquellas en que se formaron. Estos esquemas activados durante la depresión llegan a ser predominantes, favoreciendo (filtrando) la percepción y el recuerdo de los estímulos congruentes con ellos. Por eso, la persona deprimida está convencida de que las cosas son tan negativas como ella la ve.

Para Beck, el contenido de los esquemas depresógenos está constituido por la “triada cognitiva”, que es *visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro*.

La teoría de los sistemas conductuales de Dorothy Johnson, si la aplicamos a la persona adolescente podríamos decir que el adolescente es un compuesto dinámico que presenta interrelaciones variables, fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo el cual está rodeado(a) por un campo de percepciones en equilibrio dinámico. Por lo cual este modelo es *fácilmente adaptable a los adolescentes*, para quienes su problema de salud en esta etapa se debe a las transformaciones (biológicas, psicológicas, sociales y emocionales), se basa específicamente en una alteración sistema conductual (afiliación, sexo, realización, dependencia) de dichos factores estresantes, para los cuales la enfermera actúa como regulador externo de los sistemas, en este aspecto su adaptabilidad al proceso de atención de enfermería ha permitido su adopción y utilización.

Teoría cognoscitiva social de Albert Bandura, considera que los factores externos son tan importantes como los internos y que los acontecimientos ambientales, los factores personales y las conductas interactúan con el proceso de aprendizaje. Supone que los factores personales (creencias, expectativas, actitudes y conocimientos), el ambiente (recursos, consecuencia de las acciones y condiciones físicas) y la conducta (acciones individuales, elecciones y declaraciones verbales) influyen de forma mutua, a lo que llamó determinismo recíproco.

Se dice que el individuo no responde directamente a los estímulos ambientales, sino que evalúa e interpreta los mismo por medio de representaciones mentales, de esta forma la persona procesa la información de su ambiente a través de sus “filtros cognitivos”, y el interpretarlos de manera errónea es lo que conduce, en muchas ocasiones, a un desorden cognoscitivo o depresión, y de igual forma se puede cambiar el pensamiento e interpretación de los hechos de la vida real del individuo aplicando los estímulos adecuados para su mejoramiento. De tal manera la T. Cognoscitiva Social postula que toda conducta incluyendo las cogniciones, es aprendida y al modificarse la conducta y cogniciones, se alteran los estados emocionales.

**Factibilidad**

Para la presente investigación se contó con los recursos humanos, financieros y materiales requeridos, para de esta manera poder acceder a todo lo que se valla necesitar consigo durante su elaboración.

**Viabilidad**

Se cuenta con la autorización del director el Sr. DIAZ QUICHIZ, Roberto, quien nos permitió realizar el presente estudio en la Institución Educativa Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura.

## CAPITULO II: Marco Teórico

### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Hasta el momento se ha encontrado tres investigaciones como antecedentes directos para el presente trabajo; y a continuación se cita algunas investigaciones que tienen entre una de sus variables de estudio a la depresión y a los factores asociados, las cuales contribuyen como soporte a la presente investigación; así tenemos:

**Londoño C, González M. Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. [Tesis de postgrado]. Universidad Católica de Colombia, Universidad de la Laguna–España. 2016.**

El objetivo del presente estudio fue evaluar la prevalencia de depresión, detectar el riesgo suicida e identificar los factores sociodemográficos y personales asociados a este trastorno. La muestra no aleatorizada estuvo conformada por 1525 hombres colombianos con edades entre 18 y 83 años, con una media de edad de 26.59 años (DT = 9.45) principalmente jóvenes (40.2%, 22 a 35 años) y adolescentes mayores (40.2%, 18 a 21 años). **Resultados:** De los hombres encuestados, el 10.9% de la población presentaba síntomas de depresión en un nivel subclínico; el 6.9% alcanzó puntajes que sobrepasaron el punto de corte clínico (106 puntos); el 6.1% reportó un nivel de severidad moderado y el 0.8% de depresión severa durante el último mes. Analizando por dimensiones, en imagen negativa de sí mismo el 7.1% presentó un nivel alto, el 18.1% un nivel moderado y el 74.6% un nivel bajo. Asimismo, el 7.7% de la población presentó ideación suicida, el 12.2% tenía ideas de muerte. El 18.9% refirió tener pobre imagen social alta y el 51.9% moderada; por otra parte, el 18.6% reportó tener afecto negativo alto y el 34.5% un nivel moderado. Del total de la población, el 12.2% tenía antecedentes familiares de depresión, el 9.9% de consumo de sustancias psicoactivas, el 4.4% de suicidio, el 8.9% de conducta violenta y el 8.6% de comportamiento arriesgado. Las medidas reportadas de funcionamiento familiar (APGAR) tenían un promedio bajo de disfunción familiar (1.12) y un promedio moderado de bajo de soporte familiar percibido (2.02). Entre los factores culturales evaluados, se encontró que cerca del 100% de los varones encuestados informaron ser heterosexuales. En el mismo grupo de factores, se evidenció que la medida más alta en la prueba de masculinidad/feminidad fue la del factor masculinidad (4.14), seguida de la media de

machismo (3.86), de la de feminidad (3.82) y la de sumisión (3.49); todas con desviaciones estándar menores a 0.85, lo cual indica baja dispersión en los datos. En los factores ambientales, se evidenció que los hombres habían vivido en promedio cerca de 6 Eventos Vitales Estresantes (EVE) en el último año (5.56), con una media alta de impacto psicológico (7.06). Se encontró que entre los cinco EVE más reportados por los hombres estaban: logro personal notable (38.6%), cambio en las condiciones de vida (32.9%), vacaciones (32.6%), navidad (32.2%) y cambio de salud de algún familiar (31.2%). **Conclusiones:** De acuerdo con los datos obtenidos, es posible afirmar que existe un reporte epidemiológico de casos de depresión en hombres en Colombia, probablemente debido al uso de instrumentos derivados del sistema DSM y CIE que no recogen de manera precisa los síntomas propios de la depresión masculina. Respecto de la prevalencia de corte en el último mes (agosto a noviembre), el 7.9% de hombres encuestados padecían de depresión. El 6.1% de los hombres tenía depresión moderada y el 0.8% presentaba depresión severa (1 de cada 10), sin que sea posible especificar si se trataba de un episodio de depresión mayor o del trastorno. El 7.7% de encuestados presentó alto riesgo suicida asociado a depresión severa, y el 12.2% reportó ideas de muerte o deseos de morir, asociadas a depresión moderada en la mayoría de los casos, pero no de forma exclusiva, ya que existe cerca del 4% de casos en los que desconoce la fuente de los deseos de morir. Además, no se puede perder de vista que el 10.9% de los encuestados presentaban un nivel subclínico de depresión; y esta condición puede agudizarse con relativa facilidad en un país como Colombia, en el que hay inestabilidad laboral, un sistema de salud pobre e ineficiente. Además, no se puede perder de vista que el 10.9% de los encuestados presentaban un nivel subclínico de depresión; y esta condición puede agudizarse con relativa facilidad en un país como Colombia, en el que hay inestabilidad laboral, un sistema de salud pobre e ineficiente. Los factores asociados a depresión en hombres, detectados en este y otros estudios son los EVE y el mal funcionamiento familiar. Estar expuesto a un alto número de estresores que ocurren de forma consecutiva (con un impacto psicológico moderado), no contar con adecuado soporte familiar y estar expuesto a un ambiente familiar disfuncional, incrementan el riesgo de padecer depresión y que esta se haga más severa, como lo muestran hallazgos similares de estudios previos realizados por Folkman.

**Díaz N. Depresión y Factores Asociados en Estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia. [Tesis de postgrado]. Colombia. Enero del 2012. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas como requerimiento parcial para optar al título de Magíster en Psicología.**

La población está conformada por 1010 estudiantes, este es un estudio exploratorio que busca determinar el porcentaje de estudiantes que se encuentran en niveles leves, moderados o graves de depresión, y hallar a su vez posibles factores asociados con la presentación de depresión moderada o grave entre estudiantes que adelantan estudios de pregrado en las distintas facultades de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

**Resultados:** Los estudiantes que conformaron la muestra eran en su mayoría solteros (94,7%), con predominio del sexo masculino (58,8%). El 34,5% de los estudiantes tenían entre 18 y 19 años. Casi la mitad pertenecían a estrato 3 (51,6%). En su mayoría fueron personas del departamento de Cundinamarca (74,6%), principalmente de la ciudad de Bogotá (71,8%). Más del 60% de los estudiantes habitaban en vivienda propia o familiar, cerca del 25% en arriendo y aproximadamente el 5% en residencias universitarias. El 75,6% de los estudiantes vivían con padres o hermanos, y el 13,2% vivían con otros familiares. Aunque sólo el 1,7% reportaron estar casados, el 3,4% compartían vivienda con su pareja, y cerca del 8% vivían con otros estudiantes. El tiempo libre lo compartían principalmente con los amigos y la familia (79,5% y 72%, respectivamente). Los grupos a los que pertenecían eran sobre todo de tipo social (60,3%). En las dos últimas semanas, el 56,8% de los estudiantes reportó haber consumido alcohol; el 23,1% reportó haber fumado y el 6,5% reportó haber consumido sustancias psicoactivas u otras drogas similares. La mayoría percibía tener un buen estado de salud (75,3%). El 24,8% reportó tener antecedentes familiares de enfermedad mental. El 67,7% de los casos de este tipo de antecedentes correspondía a la madre, el 22,6% al padre y el 9,7% a ambos padres. El 53,8% de los parientes no acudieron al médico para tratar su enfermedad. El 49,4% de los estudiantes reportó haber presentado anteriormente depresión o ansiedad. En la escala de Zung, no presentaron depresión el 13,6% de los estudiantes (puntaje directo en la escala de 20 a 27), presentaron depresión leve el 56,9% (puntaje entre 28 y 40), depresión moderada el 25,9% (puntajes entre 41 y 53), y depresión grave el 3,6% (puntajes superiores a 53).

**Conclusiones:** Este estudio logró reunir una cantidad importante de información acerca de la comunidad universitaria, representada por estudiantes de todas las facultades y de todos los semestres. Se pudo recopilar información acerca de los contextos más cercanos en que se desenvuelven

los estudiantes, sus amigos y su familia, ya que se consideraron aspectos relevantes en el tema estudiado, de acuerdo con las perspectivas teóricas mencionadas. El porcentaje de estudiantes con depresión grave encontrado en este estudio fue de 3.6%, y con depresión moderada de 25,9%.

**Marcela A, Sánchez A, Eduardo C, Bareño J. Prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 y 17 años. [Tesis postgrado]. Colombia, 2013. Universidad CES de Medellín. Centro de investigación en Salud Mental.**

Este presente estudio tuvo como muestra una población de 1520 adolescentes entre los 13 a 17 años. **Resultados:** La prevalencia total en depresión mayor en adolescentes en el año 2013 fue de 7,1%, equivalentes a 108 adolescentes de una muestra total de 1520. La variable sexo femenino toma fuerza teniendo un resultado de 1022, por lo que podemos decir que fue dos veces mayor el riesgo de tener depresión para las mujeres. En cuanto la variable espiritualidad, se encontró que no tener una creencia religiosa se comporta como un factor de riesgo. De la variable consumo de sustancias ilegales (alcohol y drogas) se puede decir que es la variable con mayor poder explicativo para tener depresión. La variable violencia intrafamiliar y pérdida de una relación se consideran variables explicativas. **Conclusiones:** Los factores que explican el riesgo de sufrir depresión en adolescentes son: el sexo, la espiritualidad, los antecedentes familiares, el consumo de sustancias ilegales, la violencia intrafamiliar y la pérdida de una relación

**Rivera A, Sánchez S. Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral. [Tesis de pregrado]. Cuenca, Ecuador. 2014. Universidad de Cuenca, FCM-EAPE.**

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral. Se efectuó con una muestra de 200 adolescentes, entre 14 y 18 años, de ambos sexos. **Resultados:** Al finalizar la investigación se determinó que el 48,5% de los adolescentes presentan una relación entre la disfuncionalidad familiar resaltando más la falta de comunicación, mala relación dentro del hogar, problemas con sus padres, violencia familiar, padres divorciados o separados, abuso o maltrato en el hogar, y esto hace que los mismos adolescentes presenten depresión en un 64,5%. Como consecuencia la presencia de

depresión en los adolescentes representa problemas escolares, abuso en el colegio, ruptura con la pareja, sensibilidad extrema al rechazo.

Según los grados de depresión en mayor porcentaje los adolescentes presentan depresión leve con un 36,5%, en un menor porcentaje con el 8,5% presentan depresión severa y muy severa respectivamente siendo valores que tenemos que tomar en cuenta y no dejarlos debido a que son alarmas para actuar a tiempo con los adolescentes que eminentemente ya están en riesgo de tomar decisiones inadecuadas, según el test de Hamilton el 7,5% presenta ideas o intentos de suicidios, esto es porque la adolescencia es una etapa en la que se requiere una mayor atención por parte de sus padres y/o sus demás seres queridos.

**Monterzino J. Prevalencia de depresión en adolescentes escolarizados de la localidad de la cocha. Universidad Nacional de Tucumán, Argentina. [Revista]. 2010.**

La población bajo estudio estuvo integrada por 237 adolescentes (13 a 19 años cumplidos al momento de la encuesta). **Resultados:** El factor de riesgo más frecuente entre los estudiantes fue el tener padres desocupados (50%), seguido del consumo de alcohol (34%) y el haber tenido alguna pelea con amigo y/o pareja al momento de la encuesta (32%). Se detectó que la depresión está asociada en forma estadísticamente significativa al consumo de tabaco; al tener padre fallecido; padre sin trabajo; padres separados; haberse mudado; con haberse peleado con la pareja y al consumo de alcohol. **Conclusiones:** Para este trabajo se encuestaron a 237 adolescentes, encontrándose una prevalencia de depresión del 26% similar a la registrada en el estudio de Goldenring en los Estados Unidos. Se encontró evidencia para asegurar que en el sexo femenino la depresión es más frecuente, lo que concuerda con lo publicado por D'Arcy L. En lo referente a los factores de riesgo, se encontró asociación con el consumo de tabaco, el de alcohol, el tener padre fallecido, padres separados, mudanza y con pelea con un amigo o la pareja. Esto podría deberse a que es una etapa de grandes turbulencias emocionales para el adolescente que atraviesa el desafío de transformarse en adulto, y a que las relaciones con sus pares, su grupo, pasan a ser primordiales en la vida, entonces si estas relaciones se transforman en caóticas y se agrega el consumo de tabaco y alcohol como otros comportamientos negativos, el adolescente estaría más predispuesto a concluir con episodios depresivos.

**Vargas H, Tovar H y Valverde J. Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. [Revista Peruana de Epidemiología]. Lima, Perú. Vol. 14. N° 2. Agosto, 2010.**

El estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. La población de estudio comprendió adolescentes entre las edades de 12 a 17 años que residían permanente o habitualmente en las viviendas particulares del área urbana de Lima Metropolitana y el Callao. **Resultados:** La prevalencia del episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao alcanzó un valor estimado de 8.6% (IC 95%: 6.7-11.1%). Algunos autores han encontrado prevalencias que oscilan entre 2 a 5% y otros rangos más amplios entre 0.4 a 8.3%. Un meta-análisis sobre las estimaciones de la prevalencia del trastorno depresivo (definido como todo trastorno depresivo, episodio depresivo mayor o trastorno depresivo mayor) en los niños y adolescentes nacidos entre 1965 y 1996 mostró una prevalencia de 5.7% (EE 0.3%) para los adolescentes. No se han encontrado datos sobre estudios de prevalencia del episodio depresivo en adolescentes, realizados en Lima Metropolitana, Callao u otras zonas del Perú, de magnitud epidemiológica, antes de 2002. La prevalencia estimada del episodio depresivo en adolescentes de Lima y Callao, se encuentra aproximadamente en el límite superior del rango de prevalencias encontradas en la literatura mundial y por encima de lo encontrado en el análisis citado, aunque el intervalo de confianza obtenido incluye valores similares al de otros estudios. Esta diversidad de resultados puede deberse como mencionan algunos autores a poblaciones diferentes de estudio y empleo de diferentes métodos y criterios de evaluación. Los factores que mejor predijeron el episodio depresivo, según el análisis multivariado fueron: edad de 15 a 17 años, sexo femenino, nada o poca satisfacción con las relaciones sociales, reglas y castigos en el hogar injustos, problemas alimentarios y deseos de morir de alguna vez en la vida.

## **2.2. BASES TEÓRICAS:**

### **A. “MODELO DEL NÚCLEO, EL CUIDADO Y LA CURACIÓN” - LYDIA HALL.**

La teoría de Hall fue la primera en referirse a la importancia de la persona total que necesita cuidado. También fue la teoría que percibe a las enfermeras como profesionales y estableció que la atención debe ser administrada solo por enfermeras entrenadas.

Hall también incluye el cuidado de la familia, además de la familia, se centró en mantener una salud óptima y la calidad de vida.

### **ELEMENTOS PRINCIPALES**

- **Enfermería:** puede y debe ser profesional
- **Persona:** la rehabilitación es un proceso que consiste en aprender a vivir con limitaciones.
- **Salud:** la curación puede acelerarse ayudando a las personas a conocerse, asimismo.
- **Entorno:** los servicios de enfermería de hospitales se organizaban para cumplir tareas de forma eficaz y que de esta forma de organización.

Hall basa su Teoría en las Ciencias de la Conducta, adaptando modelos de la Psiquiatría y Psicología. Tuvo una fuerte influencia del trabajo de Carl Rogers (psicólogo) sobre la “terapia centrada en el paciente” y sus puntos de vista sobre el individuo, Dewey John (filósofo-psicólogo) “la enseñanza y el aprendizaje” y Harry S. Sullivan (psiquiatra) “conducta interpersonal”.

No analiza la función de la Enfermería en el área de prevención y promoción, centra su teoría en enfermedades de larga duración y que precisan rehabilitación.

Se podría inferir una relación entre los postulados de su Teoría y la creación del Loeb Center for Nursing ideado para cuidado de pacientes en fase no aguda que necesitaban rehabilitación y aprendizaje.

### **METAPARADIGMA:**

- ❖ **Persona:** No queda definido el concepto de persona. Hall realiza una clasificación estructural de la persona sin haber definido previamente dicho concepto. Divide a la persona en tres partes: persona, cuerpo y patología, con lo cual incurre en una tautología. Considera la patología como parte integrante de la persona.

- ❖ **Entorno:** No queda definido. Alude a que realizar cualquier actividad enfermera que tenga relación con el ambiente debe ayudar al paciente en la obtención de una meta personal, sin embargo, no explicito cuáles son dichas actividades. Debe conducir al autodesarrollo.
  
- ❖ **Salud:** No define salud, sino que describe la enfermedad como "conducta dirigida por los sentimientos de autoconciencia personal". A partir de esta definición se puede inferir que asocia la enfermedad a patología mental quedando excluidas el resto de alteraciones biológicas. Según esta concepción de salud, los recién nacidos y los niños son enfermos porque no tienen capacidad para discernir las conductas beneficiosas. Para Hall una persona sana selecciona conscientemente conductas beneficiosas, la autora no tiene en cuenta la influencia del entorno en dicha elección de conductas.
  
- ❖ **Enfermería:** Afirma que es una profesión, pero no la define, sino que describe cómo se lleva a cabo, es decir, no habla de qué sino del cómo.

El modelo se basa en el estudio de los tres círculos: núcleo, cuidado y curación: desempeñando funciones distintas en cada uno de ellos. El círculo del cuidado es el área propia de la Enfermería, mientras que el círculo del núcleo lo comparte con la Psicología, el clero y el de la curación con la Medicina.

Según Hall, la necesidad del cuidado enfermero es inversamente proporcional a la necesidad del cuidado médico. Asume la Enfermería como una profesión con una formación específica, haciendo especial hincapié en el proceso de enseñanza-aprendizaje con el paciente.

El único campo exclusivo de la Enfermería, según el modelo de Hall, es el círculo del cuidado que comprende el aspecto corporal personal; mientras que los círculos del núcleo y la curación los comparte con profesionales de otras disciplinas.

Los aportes que se logró para la enfermería gracias a esta teoría, se manifiesta en que la meta del paciente es la rehabilitación y los procede de la tendencia de auto regeneración de la propia vida, y en un clima psicológico adecuado esta tendencia se expresa libremente.

Siendo la enfermera quien se encuentra ligada al liderazgo, entendiendo la responsabilidad como la capacidad de hacer las cosas bien contribuyendo así a esta rehabilitación.

Las características de esta teoría se encuentran delimitada en la generalidad que viene a ser todo paciente adulto que atraviesa una fase aguda de su enfermedad y tiene posibilidad relativamente alta de rehabilitarse lo que favorece el pronóstico del paciente.

Define así el cuidado centrado en poner las manos sobre el cuidado corporal y la creencia de que una muestra de cariño y una valoración rigurosa son terapéuticas, el corazón como la utilización de la comunicación terapéutica para ayudar al paciente a entender no solo su condición, sino también su vida y finalmente la cura se refiere a las enfermeras que aplican sus conocimientos médicos de la enfermedad para ayudar con un plan de atención.<sup>14</sup>

## **B. TEORÍA COGNITIVO GENÉRICO DE AARON BECK**

El modelo propuesto por Aron Beck no solo es un sistema explicativo de la depresión y cuadros relacionados, sino que también incluye un programa de tratamiento fuertemente sistematizado.

Beck propone un modelo estructural para explicar el funcionamiento psicológico tanto normal como patológico. En primer lugar, postula la existencia de una suerte de filtro o plantilla mental con la cual la persona abordaría las diferentes situaciones; los denominados esquemas, los cuales serían en última instancia los responsables de la regularidad en las interpretaciones cotidianas.

En el entorno de la Terapia Cognitiva, la noción del esquema debe ser entendida como un conjunto de significados idiosincrásicos, con los cuales el sujeto va dando sentido a las diferentes situaciones vitales. Así, por ejemplo, para algunas personas los esquemas relacionados con el atractivo sexual son más preponderantes, de este modo, están predispuestos rápidamente a observar, concentrarse y calificar a los demás en función de su belleza física, su vestimenta y cuidados personales. En otras personas sobresalen los esquemas relacionados con el trabajo y el dinero; por lo tanto, estarán más pendientes de la

---

<sup>14</sup> Ventura, H; Hall, L. (2011). Modelo de núcleo, cuidado y curación. Instituto superior de Enfermería. Chiapas.

información económica y financiera, buscarán más fácilmente personas con las cuales hacer negocios e incrementar sus ingresos.

La información de esquemas cognitivos se trata de un proceso patológico no solo sano sino inevitable. Es a través de nuestra cultura y educación que vamos formando estas estructuras cognitivas. Sin embargo, en algunos casos, si pueden tornarse patológicas.

El esquema central propuesto por Aarón Beck se denomina triada cognitiva (contenido de los esquemas depresógenos). Con ella, se refiere a una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. La persona que padece depresión, aplica un sesgo negativo sobre sí mismo, viéndose como una persona despreciable, desvalorizada. Resalta sus aspectos negativos y no percibe nada bueno de sí.

Por otro lado, también remarca los aspectos negativos de su entorno, su medio ambiente, incluyendo las personas que lo rodean. Finalmente, es pesimista, es decir cree que en el futuro su vida no cambiará, seguirá padeciendo desgracias y sufrimiento. Esta última arista de la tríada cognitiva, la visión negativa del futuro, se conoce como desesperanza y se encuentra fuertemente relacionada con el riesgo de suicidio.

El Modelo de la Terapia Cognitiva de la Depresión propone que los esquemas se manifestarán en la consciencia del individuo a través de interpretaciones puntuales y precisas de las situaciones que atraviesa. Tales interpretaciones se denominan *pensamientos automáticos* y consisten en mensajes específicos, cortos y fugaces; adoptan típicamente la forma de frases breves tales como “soy un inútil”, “mi vida es un fracaso”, “perdí en todo”, “¿para qué vivir así?”.

Tal es el exceso de verbalizaciones negativas que el depresivo tiene en su consciencia que, naturalmente, la emoción predominante de su estado de ánimo no puede ser otra más que la tristeza.

La manifestación de los esquemas en pensamientos automáticos depende entre otras cosas, de la activación de algunas maneras distorsionadas de procesar la información. Se entiende que el ser humano posee una habilidad única para procesar información, vale decir, combinarla, transformarla, relacionarla y llegar con esto a ideas nuevas. Esta habilidad tan

exquisitamente humana de la cual el hombre se ha beneficiado tanto puede, en algunos casos, volverse en contra.

En el modelo de la terapia cognitiva, este es el lugar de los errores o distorsiones cognitivas. Con tal expresión, Beck se refiere a un conjunto de formas patológicas de transformación de la formación, las cuales conducen a aumentar el estado de ánimo depresivo.

En una de sus obras fundacionales, *Terapia Cognitiva y Desordenes Emocionales*, Beck postula el concepto de “dominio personal”, al cual define como el conjunto de objetos tangibles o intangibles a los cuales una persona asigna un significado especial y juzga manera particular de acuerdo a la relevancia que tiene para él. En su centro se encuentra el de sí mismo, con los atributos físicos y características personales, objetivos y valores. Luego, defiende la idea de que existen diferentes formas de amenaza al mismo, el alguno de cuyos casos podemos encuadrar a la depresión.

Particularmente, los efectos depresivos surgen como consecuencia de la percepción de daño y pérdida en el dominio personal, vale decir, de una sustracción irreparable del dominio personal, ahora bien, el punto crítico de la conceptualización radica en quien padece una depresión, percibe pérdidas daños donde no los hay. Por ejemplo, un paciente depresivo ve a sus hijos pequeños y piensa que seguramente el día de mañana sus hijos se alejarán de él y no lo visitarán, consecuentemente, siente pena. En este caso, no se trataría de un caso de *pérdida hipotética*, pues el paciente en cuestión no tiene ninguna idea de lo que puede suceder en un futuro tan distante.<sup>15</sup>

### **C. MODELO DEL SISTEMA CONDUCTUAL DE DOROTHY E. JOHNSON**

El modelo de Johnson tuvo como tarea aclarar la misión social de la Enfermería desde la perspectiva de una visión teóricamente sólida de la persona a la que servimos. Consideró la creencia de Nightingale, que el primer problema de la Enfermería es con la relación entre la persona que está enferma y su entorno, no con la enfermedad.

---

<sup>15</sup> Rivadeneira, C.; Dahab, J.; Manici, A. (2013) El Modelo Cognitivo de la Depresión. Revista de terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento, N° 22. Marzo del 2013.

Para sus estudios también tuvo en cuenta los trabajos científicos de Psicología, Sociología y Etnología. Utiliza conceptos de Talcott Parsons que hacen hincapié en un enfoque estructural- funcional. Se basó en la teoría de sistemas y utilizó los conceptos de Rapoport, Chin, von Bertalanffy y Buckley. Escribió que la Enfermería contribuye a facilitar un funcionamiento conductual eficaz en el paciente antes, durante y después de la enfermedad. Utilizó conceptos procedentes de otras disciplinas como: el aprendizaje social, la motivación, la estimulación sensorial, la adaptación, la modificación conductual, el proceso de cambio, la tensión y el estrés para hacer un enfoque más amplio al desarrollo de su teoría.

Considera al ser humano como un sistema conductual compuesto por siete subsistemas interactivos e integrales. Los subsistemas según Dorothy E. Johnson son:

1. **De dependencia:** promueve una conducta de colaboración que exige una respuesta recíproca. Sus consecuencias son la aprobación, la atención o reconocimiento y la asistencia física. La conducta dependiente evoluciona desde un grado total de dependencia de los demás hasta un mayor grado de dependencia de uno mismo.
2. **De ingestión:** tiene que ver con cómo, cuándo, qué y cuánto y en qué condiciones nos alimentamos, cumple así la amplia función de satisfacer el apetito. Se encuentra estrechamente relacionado con factores ecológicos, sociales además de biológicos.
3. **De eliminación:** se relaciona con cuándo, cómo y en qué condiciones se produce la eliminación. En los aspectos biológicos de este subsistema influyen factores sociales y fisiológicos.
4. **Sexual:** obedece a la doble función de procreación y de satisfacción. Incluye el cortejo y el emparejamiento y contempla una amplia gama de conductas asociadas con el papel sexual.
5. **De agresividad:** consiste en proteger y conservar, y proviene de una intención primaria de dañar a los demás. La sociedad demanda límites en los modos de autoprotección y pide que se respete y proteja tanto a las personas como a su propiedad.
6. **De realización:** su función consiste en controlar o dominar un aspecto propio del mundo circundante hasta alcanzar un cierto grado de superación. Se relacionan estrechamente las cualidades intelectuales, físicas, mecánicas y sociales.
7. **De afiliación:** Es quizás el más importante de todos, porque constituye la base de toda organización social. En general, proporciona la supervivencia y la seguridad. En

él se inscriben: la inclusión social, la intimidad y formación, y el mantenimiento de un vínculo social fuerte.

Según el Modelo, los conceptos de la meta-paradigma son los siguientes:

- **Persona:** Es un sistema abierto, interrelacionado; se esfuerza constantemente en mantener una situación estable mediante la adaptación al entorno.
- **Entorno:** Está formado por todos los factores que no son parte del sistema conductual del individuo, pero que influyen en él. Si el entorno es estable, el individuo presenta conductas satisfactorias.
- **Salud:** Es un estado dinámico y difícil de conseguir, influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. La salud se manifiesta por medio de la organización, interacción, interdependencia e integración de los subsistemas del sistema conductual. Un individuo intenta conseguir que el sistema esté equilibrado, lo que provocará una conducta funcional.
- **Enfermería:** Es una fuerza de regulación externa, con el fin de mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual.

Otras definiciones según Dorothy Johnson:

- **Conducta:** Una consecuencia de estructuras orgánicas y de los procesos que se coordinan y articulan a través de las respuestas a cambios en la estimulación sensorial, en este caso se debe analizar como la conducta se ve afectada por la presencia real o supuesta de otros seres sociales.
- **Sistema:** Es un todo que funciona como un conjunto en virtud de la interdependencia de sus partes. El sistema actúa para mantener un equilibrio entre sus partes mediante ajustes y adaptaciones a las fuerzas que actúan sobre ellas.
- **Sistema conductual:** Abarca las diversas formas de conductas del modelo, repetitivas e intencionadas. El hombre como sistema conductual trata de alcanzar un equilibrio a través de ajustes y adaptaciones que consigue hasta cierto punto, para actuar de una forma eficaz y eficiente.

- **Subsistemas:** Es un mini-sistema, con una meta y una función particular, propia y que se puede mantener siempre y cuando no se interrumpa su relación con los demás subsistemas y el entorno.
- **Equilibrio:** Es un estado de reposo estable, aunque más o menos transitorio, en el que el individuo se encuentra en armonía consigo mismo y con su entorno; implica que las fuerzas biológicas y psicológicas estén en equilibrio entre sí y con las fuerzas sociales que se le afrontan.
- **Tensión:** Es un estado de presión o esfuerzo y se puede contemplar como el producto final de la interrupción del equilibrio; la tensión puede ser constructiva cuando se da una adaptación al cambio o destructiva cuando se produce un uso ineficaz de la energía que impide la adaptación y causa un posible daño estructural, la tensión es un indicio de la interrupción del equilibrio.
- **Factor estresante:** son los estímulos internos o externos que producen tensión y un cierto grado de inestabilidad.<sup>16</sup>

La teoría del sistema conductual de Johnson estudia los conceptos metaparadigmáticos de persona, entorno y enfermería. La persona es un sistema conductual que posee siete subsistemas interrelacionados. Cada subsistema está formado por un grupo de respuestas conductuales, o tendencias de respuesta o sistemas de acción que comparten un impulso u objetivo global. Estas respuestas se diferencian, desarrollan y modifican con el tiempo a través de la maduración, la experiencia y el aprendizaje. Están determinadas congénitamente y dirigidas continuamente por múltiples factores físicos, biológicos y psicológicos de forma compleja e interrelacionada. Todos los subsistemas pueden describirse y analizarse según sus requisitos estructurales y funcionales. Los cuatro elementos estructurales que se han identificado son:

- ❖ Impulso u objetivo.
- ❖ Servicio: se subdivide en dos tipos, preparatorio y perseverante.
- ❖ Elección.
- ❖ Acción.

---

<sup>16</sup> Desarrollo del conocimiento de enfermería. Modelo del Sistema Conductual. DOROTHY JOHNSON. lunes, 20 de enero de 2014.

Las respuestas de los subsistemas son consecuencia de la motivación, la experiencia y el aprendizaje, y están influidas por factores biológicos, psicológicos y sociales. El sistema conductual intenta conseguir un equilibrio adaptándose a los estímulos internos y ambientales, y está formado por “todos los modos de conducta pautados, repetitivos y determinados que caracterizan la vida de cada persona”. El sistema conductual gestiona la relación con el entorno.

Un estado de inestabilidad en el sistema conductual hace que sea necesaria una intervención enfermera. La identificación de la fuente del problema en el sistema da lugar a la acción enfermera apropiada y se traduce en el mantenimiento o el restablecimiento del equilibrio del sistema conductual.<sup>17</sup>

Esta teoría se ha utilizado en los ámbitos intrahospitalarios, extrahospitalarios y comunitarios, también en la administración enfermera. Los modelos conceptuales sirven como orientación para el diagnóstico y el tratamiento, por lo que constituyen una aportación práctica considerable. Dorothy determinó que la valoración enfermera inicial empezaba en el momento en que se observaba la tensión y las señales de desequilibrio. La enfermera no puede controlar la exactitud y la cantidad de los datos obtenidos durante la valoración enfermera, pero sí al paciente, la única parte observada de la estructura de los subsistemas es la conducta.

La enfermera puede proporcionar temporalmente unos mecanismos de control y una regulación externa, como la inhibición de las respuestas conductuales ineficaces, y ayudar al paciente a obtener nuevas respuestas, sostiene que las técnicas incluyen la enseñanza, la formación de roles y el asesoramiento. Si se predice un problema o un trastorno, hay que realizar la acción enfermera preventiva con los métodos adecuados.

El cuidado, la protección y la estimulación son importantes para la promoción de la salud, porque sirven para controlar la enfermedad. El resultado de la intervención enfermera es el equilibrio del sistema conductual.

Ayuda en el cambio de foco de los programas de enfermería dando énfasis en la investigación en el actuar de enfermería, en distintas poblaciones de pacientes como:

---

<sup>17</sup> Modelos enfermeros. Modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson. 30 de Mayo 2016.

- ❖ Pacientes con alguna alteración psiquiátrica, en los cuales su problema de salud se basa específicamente en una alteración conductual y la enfermera actúa como regulador externo de los sistemas mientras que el médico trata la parte fisiológica y farmacológica.
- ❖ Pacientes pediátricos: niños con alteraciones visuales.
- ❖ Pacientes con cáncer.

Si aplicamos la teoría de sistemas a la persona adolescente, podríamos decir que:

- ❖ El adolescente es un compuesto dinámico que presenta interrelaciones variables, fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo.
- ❖ Está rodeada(o) por un campo de percepciones en equilibrio dinámico.
- ❖ El núcleo principal es la organización del campo y su impacto sobre la conducta funcional del individuo.
- ❖ Todos los sistemas aspiran al equilibrio (entre las fuerzas internas y externas del sistema).
- ❖ Los sistemas abiertos reciben - procesan - producen y se retroalimenta entre sí y con el entorno.

Por lo cual este modelo es *fácilmente adaptable a los adolescentes*, para quienes su problema de salud en esta etapa se debe a las transformaciones (biológicas, psicológicas, sociales y emocionales), se basa específicamente en una alteración sistema conductual (afiliación, sexo, realización, dependencia) de dichos factores estresantes, para los cuales la enfermera actúa como regulador externo de los sistemas, en este aspecto su adaptabilidad al proceso de atención de enfermería ha permitido su adopción y utilización.<sup>14</sup>

#### **D. TEORÍA DE APRENDIZAJE SOCIAL DE ALBERT BANDURA**

La observación e imitación- también llamado aprendizaje social, cuyo precursor es Albert Bandura, plantea que además de los otros tipos de aprendizaje, existen otros tipos de aprendizajes que ocurren por observación. Ello plantea esta corriente porque existen mecanismos internos de representación de la información, que son cruciales para que exista aprendizaje.

Estas representaciones son construidas a partir de las asociaciones estímulo-respuesta y ellas son las que en definitiva determinan el aprendizaje. Por tanto, asumen que el contenido del aprendizaje es cognitivo. Es así, que un individuo presta atención a los refuerzos que genera una conducta, ya sea propia o de un modelo, luego codifica internamente la conducta modelada, posteriormente la reproduce, y al recibir refuerzo de esta, la incorpora como aprendizaje.

En el método experimental, el procedimiento estándar es manipular una variable y luego medir sus efectos sobre otra. Todo esto conlleva a una teoría de la personalidad que dice que el entorno de uno causa nuestro comportamiento. Bandura consideró que esto era un poquito simple para el fenómeno que observaba (agresión en adolescentes) y por tanto decidió añadir un poco más a la fórmula: sugirió que el ambiente causa el comportamiento; cierto, pero que el comportamiento causa el ambiente también. Definió este concepto con el nombre de determinismo recíproco: el mundo y el comportamiento de una persona se causan mutuamente. Más tarde, fue un paso más allá. Empezó a considerar a la personalidad como una interacción entre tres "cosas": el ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos de la persona.

Estos procesos consisten en nuestra habilidad para abrigar imágenes en nuestra mente y en el lenguaje. Desde el momento en que introduce la imaginación en particular, deja de ser un conductista estricto y empieza a acercarse a lo cognitivista. De hecho, usualmente es considerado el padre del movimiento cognitivo. El añadido de imaginación y lenguaje a la mezcla permite a Bandura teorizar mucho más efectiva respecto a dos cosas que muchas personas consideran "el núcleo fuerte" de la especie humana: el aprendizaje por la observación (modelado) y la auto-regulación (controlar nuestro comportamiento).

Teoría del aprendizaje social o Teoría social cognitiva cuyas ideas son importantes para el pensamiento respecto al aprendizaje, la motivación y el manejo del salón de clases. Bandura cree que la conducta humana debe ser descrita en términos de la interacción recíproca entre determinantes cognitivos, conductuales y ambientales. Y no solo por el modelamiento por medio del reforzamiento (usa el término modelamiento para referirse al aprendizaje que ocurre como resultado de observar modelos, colocando más énfasis en la cognición y menos en el reforzamiento), que sigue siendo importante, pero las capacidades de mediación humana hacen innecesario esperar que ocurran las respuestas antes de poder

usarlo. En su lugar se puede usar el modelamiento para informar a los aprendices acerca de las consecuencias de producir la conducta.

## 2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

### A. PREVALENCIA

El concepto de la prevalencia se entiende como el número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado. Dentro de la epidemiología constituye una medida de frecuencia.

La prevalencia es un concepto estadístico usado en epidemiología con lo cual se obtendrán datos a partir de esta medición, los cuales pueden servir para establecer estadísticas de riesgo poblacional permitiendo entonces el desarrollo de políticas de prevención y asistencia a la población afectada.

FÓRMULA:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de afectados}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de personas que pueden llegar a padecer la enfermedad}}$$

Existen dos tipos de medidas de la prevalencia:

#### 1. Prevalencia puntual (lápsica):

Probabilidad de que un individuo sea un caso en un momento determinado. Ella no tiene dimensión y nunca toma valores menores de 0 o mayores de 1, siendo frecuente expresarla en términos de porcentaje. Se utiliza en determinados estudios etiológicos para identificar factores de riesgo, especialmente cuando la incidencia no se puede estimar correctamente.

## **2. Prevalencia de período**

Probabilidad de que un individuo sea un caso en cualquier momento de un determinado periodo. Se expresa como la proporción de personas que han presentado la enfermedad en algún momento a lo largo de un periodo de tiempo determinado.<sup>18</sup>

Para este estudio no será tomado como un estadístico epidemiológico, por lo que fue considerado como un indicador para identificar con qué frecuencia se han hallado casos de depresión en la población que se decidió estudiar y así poder hacer un contraste con los resultados que obtuvimos, por lo que esta es una población con sintomatología ya identificada en estudios anteriores, mas no es un grupo de estudio ya diagnosticado por un especialista.

## **B. LA ADOLESCENCIA**

La adolescencia es un periodo de desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años y su finalización a los 19 o 20 años.

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud -entre los 10 y los 24 años.

La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años. Algunos psicólogos consideran que la adolescencia abarca hasta los 21 años e incluso algunos autores han extendido en estudios recientes la adolescencia a los 25 años.

---

<sup>18</sup> Moreno, A.; Altamirano, C.; López, S.; Corcho, A. (2000). PRINCIPALES MEDIDAS EN EPIDEMIOLOGÍA. Salud Pública de México. Vol.42-Nº.4, Julio-Agosto del 2000.

## **REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA DE LOS CAMBIOS BIOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA**

Los cambios biológicos que se producen en la adolescencia, son nuevas potencialidades del desarrollo físico que tienen una importante repercusión psicológica, donde los púberes observan y son conscientes de que su cuerpo se transforma y adquiere capacidades adultas en dos sentidos fundamentales: como vía de procreación y lo que es lo más importante para él; y como vía de disfrute sexual y de atracción física y erótica.

Las transformaciones que se producen en la etapa de la adolescencia, produce consecuencias que afectan la subjetividad del adolescente que están vinculados estrechamente a la esfera auto valorativa, incluida la imagen corporal y también a la valoración que recibe el adolescente en sus relaciones de comunicación con adultos.

La discordancia corporal y el aumento de la fuerza muscular hacen que el adolescente realice movimientos violentos producto de la necesaria descarga de energía, pero a la vez esta situación condiciona su tendencia a fatigarse con facilidad y a cometer torpezas. Por esta razón las personas que los rodean cuando los riñen o avergüenzan, provocan en ellos su típica irritabilidad emocional.

La imagen física adquiere gran importancia, el adolescente con características deportivas es más aceptado en especial por sus pares, de acuerdo a los prejuicios culturales, mientras que aquellos con una imagen desfavorable, pueden ser objeto de burla, discriminados en su grupo y rechazados por el sexo opuesto. Este escenario provoca en algunos adolescentes retraimiento, timidez o conductas agresivas.

Muy vinculados a la imagen corporal y a la aceptación social tenemos los fenómenos de la obesidad y el acné juvenil, la obesidad puede generar aislamiento social, depresión e inseguridad y se asocia a problemas como inadaptación escolar, disfunción familiar, confusión del rol sexual y rechazo de los coetáneos. Otro elemento de importante repercusión psicológica lo constituye el problema de la maduración temprana o tardía. Los adolescentes con una maduración temprana son aceptados y tratados como adultos en mayor medida que los tardíos, lo que refuerza en el caso de los primeros es su independencia, mientras que en los segundos, provoca una tendencia a ser dependientes de la opinión social,

y en ocasiones, su deseo de llamar la atención a través de conductas indisciplinadas, agresivas y en ocasiones de riesgo. Sin embargo los adolescentes de maduración tardía con el tiempo pueden desarrollar cualidades positivas como, la mayor tolerancia a la ambigüedad, ser más selectivos y reflexivos.

Las adolescentes de maduración temprana se enfrentan, desde los comienzos de esta etapa por un período de tiempo más prolongado, al acoso por parte del sexo opuesto. Otro aspecto a considerar es la aceptación social que lo constituye el grupo de sus pares, además el establecimiento de las nuevas formas de relación con los adultos, a veces generadoras de conflictos y que agudizan la llamada “crisis de la adolescencia”, así al respecto St. Hall y Freud consideraban la existencia de la crisis y de un complejo de particularidades específicas en los adolescentes como un fenómeno inevitable y universal, dado su condicionamiento biológico.

En el área social el desarrollo cognoscitivo, como el motivacional y afectivo agiliza el proceso de socialización. Otra característica importante en esta etapa, lo constituye el desarrollo de la esfera afectivo motivacional, donde se sistematizan la identidad personal, la autovaloración, formación psicológica estrechamente vinculada a los cambios biológicos y a su repercusión psicológica, así como otros elementos, entre los que podemos mencionar los de sí mismo, auto concepto y la imagen del yo.

En cuanto al desarrollo motivacional según Schneiders, en el adolescente se distinguen los siguientes motivos:

- **Necesidad de seguridad:** Se funda en un sentimiento de certeza en el mundo interno (estima de sí, de sus habilidades, de su valor intrínseco, de su equilibrio emocional, de su integridad física) y externo (económica, su status en la familia y en el grupo). El adolescente puede sufrir inseguridad por los cambios fisiológicos, la incoherencia emotiva o por la falta de confianza en los propios juicios y decisiones.
- **Necesidad de independencia:** Más que una existencia separada y suficiencia económica, significa, sobre todo, independencia emocional, intelectual, volitiva y libertad de acción. Se trata de una afirmación de sí.

- **Necesidad de experiencia:** Fruto del desarrollo y la maduración que en todos sus aspectos son dependientes de la experiencia. Este deseo de experiencia se manifiesta claramente en las actividades habituales (TV, radio, conversación, cine, lecturas, juegos, deportes). Por esto mismo se ven involucrados en actividades poco recomendables: alcohol, drogas, etc.
  
- **Necesidad de integración (de identidad):** Que es un deseo inviolable y de valor personal.
  
- **Necesidad de Afecto:** sentir y demostrar ternura, admiración, aprobación.

Los adolescentes mientras aprenden a conducir y manejar sus diferentes posiciones, es muy posible que se enfrenten a tropiezos, confrontaciones, cambios de comportamiento y, sumado a esto, las pocas oportunidades que en ocasiones les ofrecen no sólo la familia, sino también, la sociedad. Por esta razón, suelen ser, muchas veces, censurados y sancionados socialmente, calificados de improductivos, dependientes y desadaptados al medio.

Como factores de índole psicológica, hay que considerar que las adolescentes generalmente se involucran en relaciones sexuales por razones no sexuales, como una manera de independizarse de los adultos y sus valores asociados a un sentimiento de rechazo hacia las figuras de autoridad, o bien las realizan como un medio de satisfacer aquellas necesidades afectivas. En este mismo sentido, se puede aseverar que los cambios físicos que ocurren en esta etapa son los responsables de la aparición del deseo sexual.

En 1997 Frydemberg y Lewis indicaron que la adolescencia es una fase del desarrollo en el que se producen retos y obstáculos de especial importancia. En primer lugar, en la adolescencia, es necesario el logro del desarrollo de la propia identidad y conseguir la independencia de la familia, manteniendo, al mismo tiempo, la conexión y pertenencia al grupo de pares. En segundo lugar, los autores citados indican que se produce una transición de la infancia a la edad adulta, caracterizada por cambios fisiológicos y un desarrollo cognitivo importante.

El adolescente en este periodo, se ve obligado a cumplir ciertos papeles sociales en relación a sus compañeros y a los miembros del otro sexo, y al mismo tiempo, a conseguir

buenos resultados académicos y a tomar decisiones sobre su proyecto de vida. Cada uno de estos pasos del desarrollo requiere de una capacidad de afrontamiento, es decir, estrategias conductuales y cognitivas para lograr una adaptación y una transición exitosa, como ya se indicó anteriormente.

Los cambios emocionales y sociales de esta etapa influyen en la sociedad, y, a su vez, los adolescentes también son influidos por ella, por lo cual, la forma en que ellos afrontan sus problemas tiene además de una importancia para el bienestar individual, una importancia social.

Agregan también que cada vez más los adolescentes tienen preocupaciones que sienten como abrumadoras o incapacitantes y hasta, en algunos casos, pueden llegar a conducirlos a la depresión profunda o el suicidio.

La forma en que los adolescentes afrontan sus problemas, puede establecer patrones de conducta para su vida futura, trayendo graves consecuencias individuales y sociales. El afrontamiento en los adolescentes se relaciona con un conjunto de acciones y cogniciones que lo capacitan para tolerar, evitar o minimizar los efectos producidos por un evento estresante.

La adolescencia ha sido considerada como una etapa en la cual existe un importante riesgo de estrés, durante ella se producen muchos cambios que pueden valorarse como estresores porque desequilibra la interacción habitual del sujeto con su medio, por lo que está considerada como un período crítico de desarrollo humano.

Otro aspecto a destacar es que existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede operar una persona. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Por ejemplo, las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones.

La incapacidad para resolver esas crisis o desequilibrios es lo que lleva a las adolescentes a realizar comportamientos desadaptados, más o menos transitorios, y/o problemas psicológicos duraderos. A partir de lo dicho, se comprende que lo patológico o conflictivo no es necesariamente lo característico de la totalidad de los adolescentes, sino que el hecho de que un adolescente presente o no un trastorno de la resolución de esos desequilibrios propios de los cambios que se dan en esta etapa. Es decir, que la forma de resolución o enfrentamiento del desequilibrio es lo que lo convierte en algo dinamizador o perturbador para el sujeto.

### **C. DEPRESIÓN**

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.<sup>19</sup>

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

Por días o semanas, mucha gente se siente infeliz o deprimida. La gente habla de tener melancolía; pero a diferencia de la melancolía, la depresión no se retira, sino se agudiza. La depresión es una condición médica seria que afecta el cuerpo, la mente y el comportamiento. Afecta la forma en la que comes, duermes, te sientes y piensas. También puede afectar tu salud física. La depresión es un trastorno cerebral que afecta a un grupo de gente de todas las edades, etnias, religiones y clases sociales. La depresión puede revelarse de varias formas y tener diversos síntomas y experiencias.

---

<sup>19</sup> Organización Mundial de la Salud. La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes. Ginebra. OMS. 2014.

## SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Si bien es verdad que hay diferentes tipos de depresiones según el criterio de clasificación, la sintomatología del episodio depresivo es básicamente la misma. Según el nivel de gravedad de la depresión la intensidad de cada uno de estos síntomas varía.

Las manifestaciones emocionales son aquellos cambios en los sentimientos del paciente o en la conducta. El abatimiento del humor, los sentimientos negativos así mismo, la disminución de la gratificación, pérdida de las ataduras emocionales, aumento de ganas de llorar, pérdida de respuesta de alegría.

Las manifestaciones cognitivas distinguen 3 síntomas principalmente. El primero está compuesto por las actitudes distorsionadas del sujeto respecto de sí mismo, de su experiencia y de su futuro. El segundo síntoma lo constituye la tendencia a auto culparse. El tercero se relaciona con el área de la toma de dediciones, en el sentido de que el paciente tiende a ser indeciso.

En lo que atañe a las manifestaciones motivacionales, los depresivos se caracterizan por una ausencia de motivación y por elegir la pasividad frente a la actividad. La manifestación extrema de este escapismo es el suicidio.

Entre los síntomas físicos y vegetativos se puede situar la pérdida o alteración del apetito, trastornos del sueño, pérdida del interés por el sexo y fatigabilidad, estreñimiento como malestar físico relacionado con dolores de cabeza, sequedad de boca etc.

En resumen, se han presentado los síntomas depresivos en cuatro apartados. En el apartado emocional destaca la vivencia de la tristeza; en el apartado de las manifestaciones motivacionales se incluye la pérdida o descenso de la actividad y del interés; los correlatos cognitivos de la depresión son una visión negativa de sí mismo, del mundo y de su futuro, y la indexación.

Entre las manifestaciones somáticas destacan los trastornos del sueño, del apetito y la presencia de ciertos dolores y malestar. Así, como también:

- Caída de ánimo
- Perdida de energía e interés
- Sensación de enfermedad física o debilitamiento
- Baja concentración
- Apetito y sueños alterados
- Disminución de las funciones físicas y mentales

Además, muchos problemas físicos como indigestión, dolores de cabeza, o periodos alterados, frecuentemente van de la mano, con la depresión. Esto ocurre tan comúnmente que mucha gente se enfoca a estos problemas sin darse cuenta que están sufriendo depresión.

Pero es probable que sean los sentimientos de:

- desesperanza
- desamparo
- culpa
- ansiedad
- tristeza

Todo lo que se realiza habitualmente significa un esfuerzo y se realiza lentamente. La tarea más pequeña es un peso para estas personas. Problemas menores se convierten en temas. Las simples tareas son aplazadas indefinidamente. Lo peor de todo es la desintegración de la confianza. Se titubea al hablar y al actuar. Incluso así, es muy difícil para cualquiera que no tiene experiencia personal de depresión realmente entender el grado del problema.

## **CAUSAS DE LA DEPRESIÓN**

La etiología de la depresión es multifactorial. Aun cuando no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, con fines didácticos dividiremos las causas de la depresión en genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales.

## GENÉTICAS

Diferentes sucesos pueden actuar como desencadenantes de la depresión. En cambio, a veces, la depresión aparece sin ninguna causa externa aparente. En algunos casos existen familias en las que varios de sus miembros padecen depresión; se considera que en estos casos los factores hereditarios pueden ser importantes.

El cerebro usa mensajeros llamados neurotransmisores que envían señales a diferentes partes de nuestro cuerpo. También sirven para que diferentes partes del cerebro se comuniquen entre sí. La alteración en el funcionamiento de los neurotransmisores influye en el estado de ánimo y es a ese nivel donde actúan los medicamentos.

## PSICOLÓGICAS

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica.

### **Causas psicológicas de la depresión:**

- ❖ **Determinantes:** Mala integración de la personalidad en la etapa formativa.
- ❖ **Desencadenantes:**
  - a) Pérdida de un ser querido
  - b) Pérdida de una situación económica
  - c) Pérdida de poder
  - d) Pérdida de la salud

Las causas psicológicas de la depresión son diversas y afectan al ser humano en cualquier etapa de la vida.

## ECOLÓGICAS

Desde siempre el hombre ha venido modificando su habitat, sometiendo gradualmente a la naturaleza en la búsqueda continua de sus satisfacciones.

La humanidad alcanzó un grado de desarrollo científico y tecnológico tal, que supero con mucho lo logrado en miles de años. Este desarrollo proporciono mayor bienestar al hombre, pero también tuvo otras consecuencias negativas, a saber; un aumento acelerado de

la población mundial, la explotación inmoderada de los recursos naturales, la producción incontrolada de sustancias contaminantes y una cantidad exorbitante de desechos, generando con ellos una severa contaminación ambiental y el desequilibrio ecológico consiguiente. Es válido suponer que los aspectos psicológicos del hombre se ven inmersos en este torbellino, y que, por tanto, su salud mental también es afectada por el medio ambiente nocivo en que se desenvuelve.

## **SOCIALES**

Como lo demuestran los estudios etiológicos, los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie, aquí tenemos:

- Desintegración de la familia.
- Disminución del apoyo espiritual de la iglesia.
- Falta de vínculos con los vecinos.
- Migraciones.

## **EVALUACIONES DIAGNÓSTICAS**

Desde los estudios de Kraepelin, numerosos enfoques han sido utilizados con el fin de delinear categorías diagnósticas significativas, que presentan depresión como un componente importante de su enfermedad.

Todos nuestros sentimientos y emociones son comunes a los seres humanos, todos alguna vez en nuestra vida hemos estado tristes, enojados, ansiosos, preocupados, alegres, felices, contentos. Es parte de nuestra naturaleza porque nos permite saber si algo anda bien o mal, además nos ayuda a saber lo que necesitamos hacer para aceptar o cambiar lo que nos molesta.

### **Diagnóstico**

Con un diagnóstico específico, clínicamente, hay tres tipos de depresión, una depresión mayor, conocida como depresión unipolar; depresión menor, conocida como distimia, que

es menos severa y aparece como una depresión crónica: y trastorno bipolar, también conocido como depresión maniaca donde períodos de depresión son combinados por episodios de manía con cambios de comportamiento repentinos y extremos.

Las 4 categorías de trastornos depresivos que figuran en el DSM (MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE TRASTORNOS MENTALES IV) son:

1. Trastorno depresivo mayor: subtipos melancólico y delirante
2. Trastorno distímico
3. Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido
4. Trastorno de ánimo debido a una afección médica general o al efecto fisiológico de una sustancia.

**El trastorno depresivo mayor o grave**, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

**El trastorno distímico**, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

**El trastorno bipolar**, también llamado enfermedad maniaco depresiva, no es tan común como la depresión grave o la distimia. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que van desde estados de ánimo muy elevado (por ejemplo, manía) a estados de ánimo muy bajo (por ejemplo, depresión).

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo,

no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión.<sup>20</sup>

## **TRATAMIENTO**

Para que el tratamiento de pacientes depresivos sea efectivo se requiere un concepto global. En él se incluyen diferentes planteamientos de psicoterapias, como la terapia de comportamiento cognitivo, las terapias de psicología profunda y la conversacional, que pueden seleccionarse y/o combinarse según las necesidades de los pacientes en individual. Junto a una terapia con medicamentos, se utilizan terapias individuales o de grupos, según sintomatologías que además están orientadas a una actividad física, es decir, a una acción terapéutica-creativa, a la relajación y a un entrenamiento de superación del estrés aplicada de forma diferente según la necesidad específica.

### **La Psicoterapia**

El tratamiento de la depresión debería contener siempre psicoterapia, porque conduce de forma ideal a otra forma de gestionar el estrés, corrigiendo las valoraciones negativas individuales y transformando los acontecimientos vitales personales muy estresantes. En cuanto a los procedimientos psicoterapéuticos, la terapia conductista (TC) y la psicoterapia interpersonal (TIP) son las que actualmente mejor investigan el tema y más efectividad demuestran. Además, reducen a largo plazo los riesgos de recaída y se utilizan con mucho éxito, tanto en tratamientos ambulatorios como en casos de ingresos hospitalarios. En estos métodos de terapia modernos el punto esencial del planteamiento del tratamiento está, sobre todo, en encontrar soluciones y en movilizar recursos y no sólo en la búsqueda de viejos conflictos y causas, ni de faltas y déficit.

Los sentimientos, pensamientos y acciones se influyen recíproca y constantemente, afectando a las funciones corporales. De esta manera, el estado de ánimo, ya de por sí deprimido, se endurece aún más por pensamientos negativos. La retirada social que se produce como una consecuencia natural del mal estado de ánimo, aumenta más esos desagradables pensamientos y sentimientos. Esto crea un nuevo estrés añadido que refuerza

---

<sup>20</sup> Depresión. Departamento de salud mental y servicios humanos de los estados unidos. Instituto nacional de la salud mental. Publicación N° sp 09 3561. Modificado en enero del 2011.

aún más todavía ese círculo vicioso en el que las personas depresivas se encuentran atrapadas.

La terapia psicoterapéutica ofrece puntos de partida para romper ese círculo vicioso de la depresión. A menudo resulta importante volver a empezar a realizar actividades que pueden mejorar el ánimo, apoyadas terapéuticamente. Pero en el caso de una depresión, todo esto no se consigue sólo. Por lo mismo, es importante identificar cómo en determinadas situaciones, la depresión puede casi automáticamente desencadenar sentimientos y pensamientos negativos. La forma de pensar típicamente negativa está deformada, es unilateral y negativa. La depresión hace que contemplemos todo detrás de unas gafas de cristales oscuros, y la psicoterapia lo que hace es ayudar a quitar esas gafas poco a poco.

### ❖ **Terapia conductista**

Todos han aprendido a lo largo de sus vidas, a reaccionar y a realizar ajustes emocionales según su experiencia personal y la forma que cada cual tiene de imitar las pautas de conducta. En cuanto al origen de la depresión, existe una serie de pautas típicas de pensamientos y comportamientos que juntas conducen, bajo situaciones de fuerte carga y estrés crónico, a esta enfermedad.

En la terapia se abordan y examinan concretamente esas problemáticas formas de comportamiento, pensamiento y actitudes. La «terapia conductista» se dirige tanto a las pautas de pensamiento negativas como a los niveles de comportamiento. Un cambio de comportamiento, por ejemplo, volver a realizar ocupaciones que produzcan satisfacción y actividades sociales, conduce a alcanzar paulatinamente emociones positivas y nuevas experiencias. Lo cual, a su vez, da lugar a pensamientos diferentes y viceversa. El objetivo de la terapia conductista es, entre otros, adquirir habilidades para crear relaciones sociales que resulten satisfactorias y exitosas en cuanto al manejo de los propios sentimientos. Otro de los objetivos puede ser el estímulo para asimilar experiencias pasadas y que son un lastre, crisis actuales y situaciones difíciles de la vida.

### ❖ **Psicoterapia interpersonal (TIP)**

La psicoterapia interpersonal está especialmente diseñada para el tratamiento de depresiones. Parte de la premisa de que las relaciones interpersonales pueden contribuir sustancialmente a la aparición de una depresión. Se supone que las experiencias interpersonales y psíquicas anteriores del paciente se muestran también en su actual comportamiento. Así, aquellas experiencias vitales que agobian (como por ejemplo, la muerte de una persona cercana o una separación sentimental) y circunstancias difíciles (mobbing en el trabajo, pérdida del empleo, jubilación o continuas discusiones con familiares) pueden dar lugar a que aparezcan síntomas depresivos. En otros pacientes puede resultar importante asimilar las experiencias de pérdida (tratar la aflicción) o superar las transiciones en determinados papeles sociales (por ejemplo, el síndrome del nido vacío cuando el hijo abandona la casa, o cuando llega la jubilación). La meta de la psicoterapia interpersonal es aplacar y mitigar la sintomatología depresiva y mejorar las relaciones entre las personas, tanto en el ámbito privado como en el laboral.

### ❖ **Más elementos constitutivos de la psicoterapia**

La «gestión del estrés» es otra pieza fundamental de la psicoterapia. En casos particulares, también la terapia psicoanalítica o la terapia profunda pueden ser muy adecuadas. En ellas se atribuye una gran significación al desarrollo infantil que tuvo la persona: el psicoanálisis parte de que son, sobre todo, las influencias recibidas en los primeros años de vida las que dejan su huella en la psique del paciente. Consecuentemente, la terapia trabaja para conseguir que el paciente reconozca y supere conflictos reprimidos.

En la «terapia sistémica (de familia)» el enfoque principal está en el grupo (= sistema), en el cual el individuo, puede ser la pareja, la familia, el círculo de amigos o el equipo de trabajo. Sea parte de la idea de que el enfermo es solamente un «portador del síntoma» y que las causas de sus problemas deben buscarse y arreglarse dentro del sistema en conjunto en que está inmerso. Al igual que ocurre en la psicoterapia interpersonal, los aspectos sociales e interpersonales están en el centro de atención.

## Terapia medicada

Mientras que los estadios leves de la enfermedad se pueden tratar y alcanzan muy buenos resultados sólo con la psicoterapia, el tratamiento para casos medios y graves de depresión necesita aplicar adicionalmente una terapia con medicamentos y antidepresivos. Los medicamentos se basan en el principio de efecto descubierto por Roland Kuhn hace más de 50 años en Suiza: el refuerzo de los transmisores nerviosos (serotonina, noradrenalina y dopamina). Durante mucho tiempo se pensó que los efectos de los antidepresivos afectaban al aumento de la concentración de estos neurotransmisores. Hoy en día se sabe que se trata de la normalización de la actividad de la hormona del estrés. Asimismo, en el caso de enfermedades depresivas poco o medio agudas, el uso de hierbas medicinales, como la hierba de S. Juan (*Hypericum perforatum*) actúa, entre otras cosas, en el efecto de la serotonina y noradrenalina.

Para evitar en lo posible perder el tiempo con un cambio innecesario y prematuro de medicamentos, hay que tener en cuenta que, por lo general, los antidepresivos no hacen efecto hasta pasadas de dos a cuatro semanas de su ingesta. Por lo tanto, se recomienda no cambiar el medicamento prescrito hasta pasadas cuatro semanas de tomar regularmente la dosis correspondiente.

Hay que tener en cuenta los posibles efectos secundarios (aumento de peso en casos raros, disfunciones sexuales, nerviosismo) así como el historial anterior del tratamiento y los síntomas individuales del episodio actual de la enfermedad antes de elegir el antidepresivo. Si, por ejemplo, aparecen síntomas como problemas de sueño, intranquilidad, nerviosismo, miedos o ideas suicidas, habrá que tratarlos con antidepresivos sedativos, combinándolo, si fuera necesario, temporalmente con un benzodiazepina. En el caso de problemas de sueño, los antidepresivos representan una ventaja, al contrario que los somníferos clásicos, que normalizan el esquema normal del sueño alterado por la depresión, facilitando así un descanso reparador.

Los antidepresivos no aumentan el factor de riesgo al suicidio. Sin embargo, la farmacoterapia puede eventualmente empeorar, en casos concretos e individuales, las tendencias suicidas (ideas y acciones) en la fase inicial del tratamiento, en ese estadio los efectos estimulantes respecto al metabolismo nervioso de los antidepresivos aún no se han

manifestado, pudiendo dar lugar a nerviosismo y actividad. Esto subraya la incuestionable obligación de un tratamiento envolvente, y del consiguiente seguimiento y acompañamiento del paciente en el caso de la depresión, así como de realizar una prueba minuciosa a propósito de la necesidad temporal de prescribir un tratamiento con benzodiazepinas. Los efectos secundarios pueden mitigarse, incluso eliminarse, con plantas medicinales (fitoterapia). Por ejemplo, aquí resultan eficaces la pasiflora, la raíz de valeriana y las hojas de melisa.<sup>21</sup>

#### **D. FACTORES ASOCIADOS**

El estudio de los orígenes de la depresión ha permitido conocer que es multicausal, y que en su aparición intervienen factores psicológicos y sociales. Es así como se puede decir que tanto el fenotipo intermediador (hiperreactividad genética al estrés) como las experiencias tempranas vividas por el individuo actúan como factores predisponentes de la depresión, que modulan la respuesta más o menos aguda de estrés desencadenada por los acontecimientos estresantes, la cual, a su vez, es considerada precursora de la depresión.

Así mismo, el ambiente social inmediato actúa como facilitador de la aparición y agudización de la depresión, más que como desencadenante. Es decir, que eventos sociales adversos, considerados parte del ambiente social, facilitan la aparición de una respuesta desproporcionada a la magnitud del evento, y que el evento en sí mismo solo tiene un cierto nivel potencial dañino, dependiente de las condiciones socioeconómicas, el grado de soporte social, y los roles de género ejercidos, entre otras.

Diversos estudios han mostrado que las personas que viven con limitaciones económicas, además de que ven reducida su posibilidad de acceder a opciones educativas, de vivienda, trabajo, de salud y recreación según lo señalo la Organización Panamericana de la Salud, parece que la situación de pobreza actúa como estresor crónico y afecta la capacidad de afrontar el estrés; incluso el apoyo social recibido se ve disminuido debido a la necesidad de suplir exigencias de supervivencia de cada uno de los miembros del grupo familiar casi de forma.

Es suficientemente conocido que la historia familiar de trastornos mentales incrementa el riesgo de padecer depresión, ya sea debido a la expresión de ciertos factores heredados o

---

<sup>21</sup> Martin, E. (2012). La depresión. Catedrático y doctor en medicina y ciencias naturales especialista en psiquiatría, psicoterapia y neurología. Clínica privada Clenia Schössli. Versión 1.0. 31 de Mayo del 2012.

al hecho de que las personas con depresión reportan más problemas parentales, ofrecen bajo apoyo a los miembros de la familia e incumplen su rol familiar de soporte. Diferentes investigaciones ponen de manifiesto que un número importante de experiencias estresantes como: problemas de salud, maltrato, violencia escolar y disfunción familiar se asocian a la aparición de la depresión condición que se confirma si se considera que biomarcadores como el cortisol han sido ubicados en la sangre de un buen número de pacientes con algún tipo de depresión. Esto quiere decir que la exposición a eventos agudos o crónicos de estrés se asocia al incremento de la vulnerabilidad en salud mental, lo cual a su vez agudiza las condiciones crónicas de salud y esto potencia la misma depresión.

A pesar de los avances en el conocimiento de los diversos factores que potencian el riesgo de padecer un trastorno del estado de ánimo, es difícil calcular y predecir el riesgo real de una persona; más aún en un grupo poblacional específico. Existen múltiples factores culturales, sociales, estructurales y psicológicos que han sido asociados a la aparición, curso y posibilidades de recuperación de los distintos trastornos del estado de ánimo, factores que interactúan con frecuencia en un medio complejo como lo es la sociedad actual y en especial un país como Perú.

## **2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

### **HIPÓTESIS GENERAL:**

Existe relación directa entre la prevalencia de depresión y factores asociados en los adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución Educativa Coronel Pedro Portillo Silva – Huaura, 2016.

### **HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:**

- Existe relación entre la prevalencia de depresión y factores asociados en los adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución Educativa Coronel Pedro Portillo Silva – Huaura, 2016.
- No existe relación entre la prevalencia de depresión y factores asociados en los adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución Educativa Coronel Pedro Portillo Silva – Huaura, 2016.

**VARIABLE 1:** Prevalencia de depresión.

**VARIABLE 2:** Factores asociados.

## CAPITULO III: Metodología

### 3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1.1. Tipo

**Según la naturaleza del estudio:** es de tipo cuantitativo, porque se obtuvo datos apoyados en escalas numéricas permitiendo un tratamiento estadístico a partir de la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población.

**Según el tiempo de ocurrencia:** es de tipo prospectivo porque iniciamos un estudio que el efecto aun no sucedido en base a la información obtenida.

**Según periodo y secuencia del estudio:** es de tipo transversal porque logramos estudiar las variables simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

**Según el análisis y alcance de los resultados:** es de nivel II, de tipo descriptivo-correlacional porque nos permitió observar y detallar el fenómeno en condiciones naturales en la realidad, además mide de manera independiente a cada una de las variables y a la vez relaciona ambas variables.

#### 3.1.2. Enfoque

**ENFOQUE CUANTITATIVO:** porque midió y analizó las variables de la investigación.

#### **ÁREA DE ESTUDIO:**

**Lugar:** Institución Educativa “Coronel Pedro Portillo Silva”, Provincia, Distrito – Huaura.

**Demarcación geográfica (límites):**

- **Norte** : Asociación Coronel Portillo
- **Sur** : Urbanización Los Pinos
- **Este** : Urbanización Señor de los Milagros
- **Oeste** : Urbanización Los Pinos.

**3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:****Población:**

La población del presente estudio estaba conformada por un total de 350 Alumnos de ambos sexos, distribuidos:

<b>GRADO</b>	<b>SECCION</b>	<b>N° DE ALUMNOS</b>
<b>3<sup>RO</sup></b>	A	26
	B	28
	C	26
	D	27
	E	26
<b>4<sup>TO</sup></b>	A	31
	B	26
	C	28
	D	30
<b>5<sup>TO</sup></b>	A	31
	B	33
	C	11
	D	27
<b>TOTAL</b>	<b>13 SECCIONES</b>	<b>350</b>

**Muestra:**

La muestra se logró mediante un muestreo probabilístico de tipo estratificado, los alumnos fueron elegidos de ambos sexos, los datos se obtuvieron de la recolección de datos de la presente investigación y para calcular la muestra se usó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N(pq)Z^2}{(N-1)E^2 + Z^2(pq)}$$

$$n = \frac{350(0.5)(0.5)(1.96)^2}{(349)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.25)}$$

$$n = \frac{336.14}{1.8329} = 183.3924 = 183$$

$$N = 183$$

Dónde:

- **Z:** Nivel de fiabilidad de 95% (valor estándar de 1,96)
- **E:** Margen de error de 5% (valor estándar de 0,05)
- **N:** Población de estudio
- **p:** Frecuencia esperada del factor a estudiar
- **q:** 1 - p

La muestra (n), resultó un total de 183 adolescentes, con un nivel de confianza del 95% (Z= 1.96); un margen de error del 5%, con una probabilidad de éxito (p= 0.5) y probabilidad de fracaso (q= 0.5) para el presente estudio.

- **TAMAÑO MUESTRAL:**

La población de estudio estuvo constituida por un total de 350 adolescente entre 13 y 19 años que asisten a la Institución Educativa Coronel Pedro Portillo Silva ubicada en el distrito de Huaura.

El tipo de muestreo usado fue el probabilístico aleatorio simple, con la finalidad de aumentar la representatividad de la muestra, y reducir al mínimo el “error estándar”; donde cada unidad tuvo la probabilidad equitativa de ser incluida en la muestra.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

### **Criterio de inclusión:**

- Alumnos de la Institución Educativa “Coronel Pedro Portillo Silva”, Huaura, del nivel secundario, de ambos sexos, de todas las secciones.
- Alumnos mayores o igual a 13 años, pero menores o igual a 19 años.
- Alumnos que desean participar voluntariamente en la investigación.

### **Criterio de exclusión:**

- Alumnos que se encuentran matriculados y no asisten a clases.
- Alumnos menores de 13 años o mayores de 19 años.
- Alumnos que no desean participar voluntariamente en la investigación.

### 3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL SEGÚN TEORÍA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	ITEMS
<b>PREVALENCIA</b>	Es la frecuencia con la que ocurre un evento, en un periodo determinado, utilizada para calcular la población afectada por una complicación de la salud. Los datos obtenidos a partir de la prevalencia pueden servir para establecer estadísticas de riesgo poblacional y permite entonces el desarrollo de políticas de prevención y asistencia a la población afectada.	Nos permitirá medir la frecuencia de determinadas características de la población que se quiere estudiar, tales características que perduraron desde una etapa anterior hasta el momento en que estas se acentúan.	Incidencia.	N° de casos identificados.		
			Sintomatología.	Síntomas identificados en el cuestionario.		

<b>DEPRESION</b>	Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Definida como un estado de ánimo negativo que se encuentra mediado entre el medio interno y medio social que condiciona un aprendizaje cognitivo y conductual.	Humor depresivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza.</li> <li>• Pesimismo.</li> <li>• Sentimiento de culpa.</li> <li>• Sentimiento de castigo.</li> <li>• Ideas suicida.</li> <li>• Autodesepción.</li> <li>• Autoculpabilidad.</li> <li>• Crisis de llanto.</li> </ul>	Ordinal	
			Discomunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desinterés social.</li> <li>• Insatisfacción.</li> <li>• Sentimiento de fracaso.</li> <li>• Dificultad académica.</li> <li>• Distorsión de la imagen corporal.</li> <li>• Brotes de mal humor.</li> </ul>		
			Ritmopatía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de apetito.</li> <li>• Pérdida de peso.</li> <li>• Dificultad para conciliar el sueño.</li> <li>• Preocupación somática.</li> </ul>		
			Anergia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de indecisiones</li> <li>• Disminución de la actividad habitual.</li> <li>• Disminución de la libido.</li> </ul>		
<b>FACTORES ASOCIADOS</b>	Se define como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que	Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para operar	Psicológica	<p style="text-align: center;"><b>RECURSOS AFECTIVOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocontrol.</li> <li>• Manejo de la tristeza.</li> <li>• Manejo del enojo.</li> <li>• Recuperación del equilibrio.</li> </ul>	Nominal	

	<p>aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.</p>	<p>las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Mediado por factores psicológicos y sociales que abordan al adolescente.</p>		<p><b>RECURSOS COGNITIVOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexión ante los problemas.</li> <li>• Creencias religiosas.</li> <li>• Autoreproches.</li> <li>• Optimismo.</li> </ul>		
			Social	<p><b>RECURSOS INSTRUMENTALES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades sociales.</li> </ul>		
				<p><b>RECURSOS SOCIALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Red de apoyo.</li> <li>• Incapacidad para buscar apoyo.</li> <li>• Altruismo.</li> </ul>		
				<p><b>RECURSOS MATERIALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos materiales.</li> </ul>		

### **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La medición de nuestras variables se dio mediante escalas, utilizamos la técnica de la encuesta y elaboramos dos instrumentos que fueron los cuestionarios, para lograr la medición de nuestras variables.

#### **3.4.1. Técnicas a Emplear**

##### **EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)**

Es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes. La versión original se introdujo en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh como una prueba autoadministrada; revisada en 1971 en el Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pennsylvania resultando en la versión BDI-IA. La versión revisada y la original tienen alta correlación. Beck definió depresión como “un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos.” El instrumento se diseñó para valorar este estado y fue derivado de observaciones clínicas y descripciones de síntomas frecuentes en pacientes psiquiátricos con depresión e infrecuentes en pacientes sin depresión.

Se trata de una escala de autoevaluación de depresión, introducida, en 1971, en el Centro de Terapia Cognitiva (Center for Cognitive Therapy – CCT) de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pensilvania. El IDB ha sido ampliamente utilizado para evaluación de cogniciones asociadas a la depresión en pacientes psiquiátricos y en poblaciones normales. Además de eso, el IDB se muestra confiable, independiente de la cultura, nivel socioeconómico, escolaridad, edad, estado civil y ocupación del cónyuge.

En 1998, el IDB fue validado en Brasil. *A pesar de que es una medida de intensidad de la depresión, no está indicado para reconocer categorías nosológicas.* El IDB consta de 21 ítems, incluyendo síntomas y actitudes, cada uno con cuatro afirmaciones en grados de intensidad de 0 a 3, que son graduadas, para que pueda ser reflejada la gravedad del síntoma, de neutro (0) hasta la intensidad máxima (3), y las puntuaciones pueden variar de 0 a 63, que mide la severidad de la depresión o en todo caso la ausencia de la misma tanto

en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Los ítems del IDB se refieren a la tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, falta de satisfacción, sensación de culpa, sensación de punición, autoacusaciones, ideas suicidas, crisis de llanto, irritabilidad, retracción social, indecisión, distorsión de la imagen corporal, inhibición para el trabajo, disturbio del sueño, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y disminución de la libido, siendo la nota de corte dependiente de la naturaleza de la muestra y de los objetivos del estudio.

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (Alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de  $r = 0,8$ .

Existen diferentes propuestas de puntos de corte para utilización del IDB que dependen de la naturaleza de la muestra y de los objetivos del estudio. En las propiedades psicométricas originales del IDB, las interpretaciones de los resultados obtenidos deben ser comprendidas de la siguiente manera  $>10$  = sin depresión o depresión mínima; de 10 a 18 = depresión de leve a moderada; de 19 a 29 = depresión de moderada a grave; de 30 a 63 = depresión grave. Sin embargo, en *muestras no diagnosticadas*, o sea, que no recibieron el diagnóstico médico de depresión, como es el caso de los participantes de este estudio, la literatura recomienda que sean adoptadas las siguientes medidas:  $\leq 15$  = normal o depresión leve; 16-20 = distimia y  $>20$  = Depresión.<sup>22</sup>

## **ESCALA DE RECURSOS PSICOLÓGICOS (ERP)**

Este inventario consta de 60 ítems, elaborado por, Rivera Heredia, Andrade Palos y Figueroa. (2006), tiene una estructura jerárquica compuesta por cinco escalas primarias 1) afectivos, 2) cognitivos, 3) instrumentales, 4) sociales y 5) materiales. La persona comienza por describir de manera detallada la situación estresante; después, contesta cada ítem según una escala tipo Likert de cinco puntos que define la frecuencia de lo que hizo en la situación descrita, pero *para este estudio fue visto conveniente modificarla en una escala de tipo nominal según los expertos validadores de nuestro instrumento de recolección de datos*

---

<sup>22</sup> Vargas, D.; Días, APV. (2017) Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería de Unidades de Terapia Intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. sep.-oct. 2011 [acceso: 28/08/2017].

*porque nuestra finalidad es identificar si se encuentran presentes o ausentes algunos de los factores que se pueden hallar inmersos en la población a estudiar.*

Esta escala cuenta con validez de constructo evaluada mediante el análisis de diversos factores asociados, dando evidencia de su adecuada consistencia interna.

El interés de comprender el papel de los recursos psicológicos en el comportamiento humano, sobre todo en su función mediadora como factor protector del intento de suicidio en adolescente, desarrollaron esta escala subdividida en cinco bloques para evaluar los recursos: 1) afectivos, 2) cognitivos, 3) instrumentales, 4) sociales y 5) materiales.

Permitiendo describir lo que busca evaluar cada escala de la siguiente manera: 1) *Recursos afectivos* (manejo que tiene la persona de sus emociones; que incluye la expresión, control y regulación de las mismas), 2) *Recursos cognitivos* (percepciones y creencias que tienen las personas ante las situaciones que enfrentan en la vida), 3) *Recursos instrumentales* (capacidades para entablar una conversación, comportarse de manera cordial y hacer amigos), 4) *Recursos sociales* (percepción de los individuos de que cuentan con personas de confianza en quienes pueden apoyarse) y 5) *Recursos materiales* (son los objetos condiciones o recursos monetarios que permiten realizar lo que la persona necesita o desea).

En los últimos años, la investigación de los recursos psicológicos que favorecen la salud y el bienestar ha experimentado un aumento considerable. Los recursos psicológicos, son recursos internos que generalmente son considerados como características básicas de la personalidad.

La investigación en este ámbito de la psicología permite la evaluación de los recursos psicológicos que tienen los individuos y cómo éstos afrontan las adversidades, permitiendo describir las variables consideradas como recursos psicológicos, así como potenciarlas para mejorar su efecto en la salud.

### **3.5. Técnicas para el procesamiento de la Información**

El procesamiento de datos se realizó mediante la elaboración de una base de datos del software estadístico SPSS versión 21.

Se digitaron cada una de las fichas encuestadas en la base de datos elaborada en función a las distintas variables necesarias y elegidas para el estudio, para la presentación de los hallazgos se elaboró posteriormente las tablas estadísticas de una y dos entradas, los cuales nos sirvieron de base para el análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Finalmente se aplicó el chi-cuadrado para determinar y verificar la existencia de la relación o asociación entre variables.

## CAPITULO IV: RESULTADOS

### CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

<b>EDAD</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
13 – 15	118	64,5
16 – 19	65	35,5
<b>Total</b>	183	100,0
<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Femenino	106	57,9
Masculino	77	42,1
<b>Total</b>	183	100,0
<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Urbana	100	54,6
Rural	79	43,2
Urbano Marginal	4	2,2
<b>Total</b>	183	100,0

**FUENTE:** Adolescentes de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-Huacho  
2016.

#### **Interpretación:**

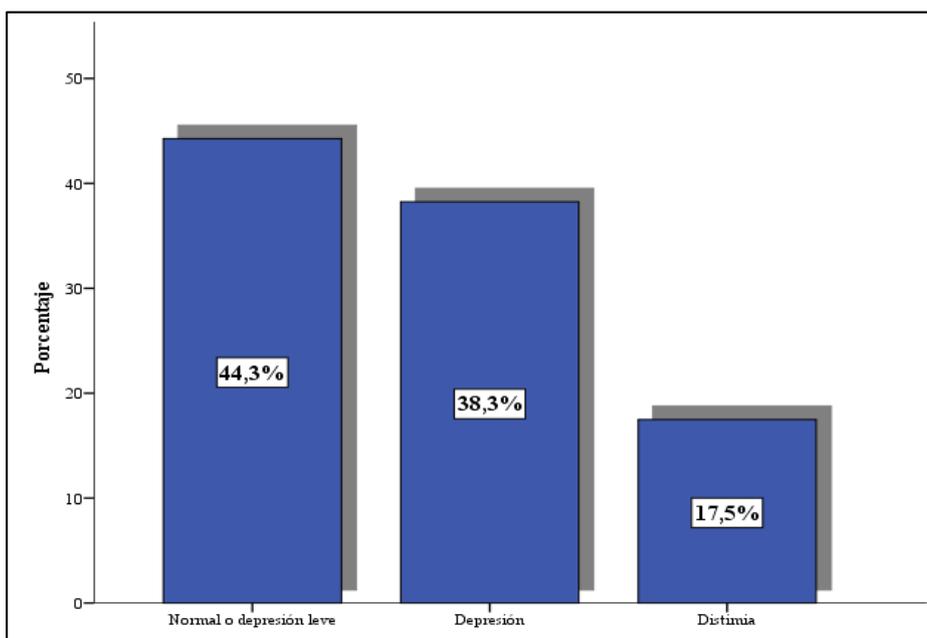
En la caracterización de la población tenemos que de 183 adolescentes de la I.E. (100%), 118 adolescentes (64,5%) se encuentran entre las edades de 13 a 15 años y 65 adolescentes (35,5%) se encuentran entre las edades de 16 a 19 años; 106 adolescentes (57,9%) son de sexo femenino y 77 adolescentes (42,1%) son de sexo masculino; y 100 adolescentes (54,6%) proceden de zonas urbanas, 79 adolescentes (43,2%) proceden de zonas rurales y 4 adolescentes (2,2%) proceden de zonas urbano marginales.

Tabla 1: *Prevalencia de depresión en los adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.*

Prevalencia	Frecuencia	Porcentaje
Normal	81	44,2
Depresión	70	38,3
Distimia	32	17,5
Total	183	100,0

**FUENTE:** Encuesta realizada a los adolescentes de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-Huacho 2016.

Gráfico 1: Prevalencia de depresión



**FUENTE:** Tabla N° 1

### INTERPRETACIÓN:

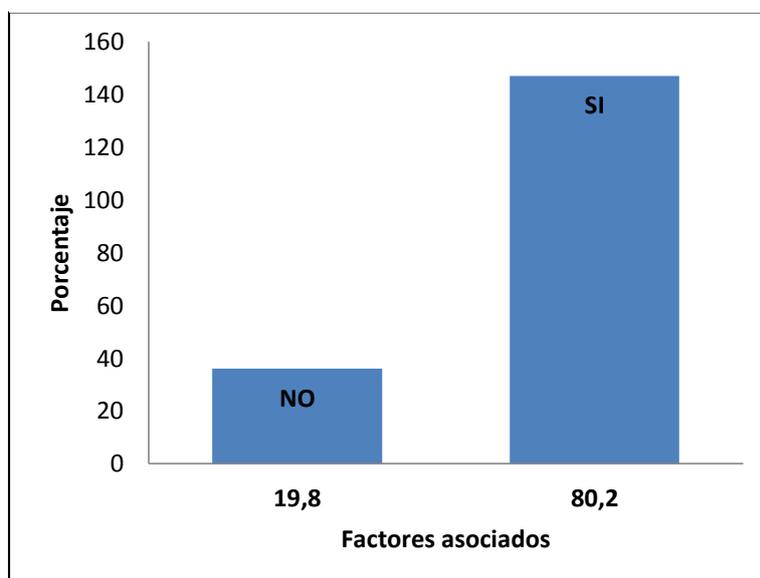
En la tabla y gráfico N° 1 con respecto a la prevalencia de depresión, el 100% representa a 183 adolescentes, el 44,2% representado por 81 adolescentes no presenta depresión, el 38,3% representado por 70 alumnos presenta depresión y el 17,5% representado por 32 adolescentes presentan distimia.

Tabla 2: Factores asociados en adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.

Uso	Frecuencia	Porcentaje
Si	147	80,2
No	36	19,8
Total	183	100,0

**FUENTE:** Encuesta realizada a los adolescentes de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-Huacho 2016.

Gráfico 2: Factores Asociados



**FUENTE:** Tabla N° 2

### INTERPRETACIÓN:

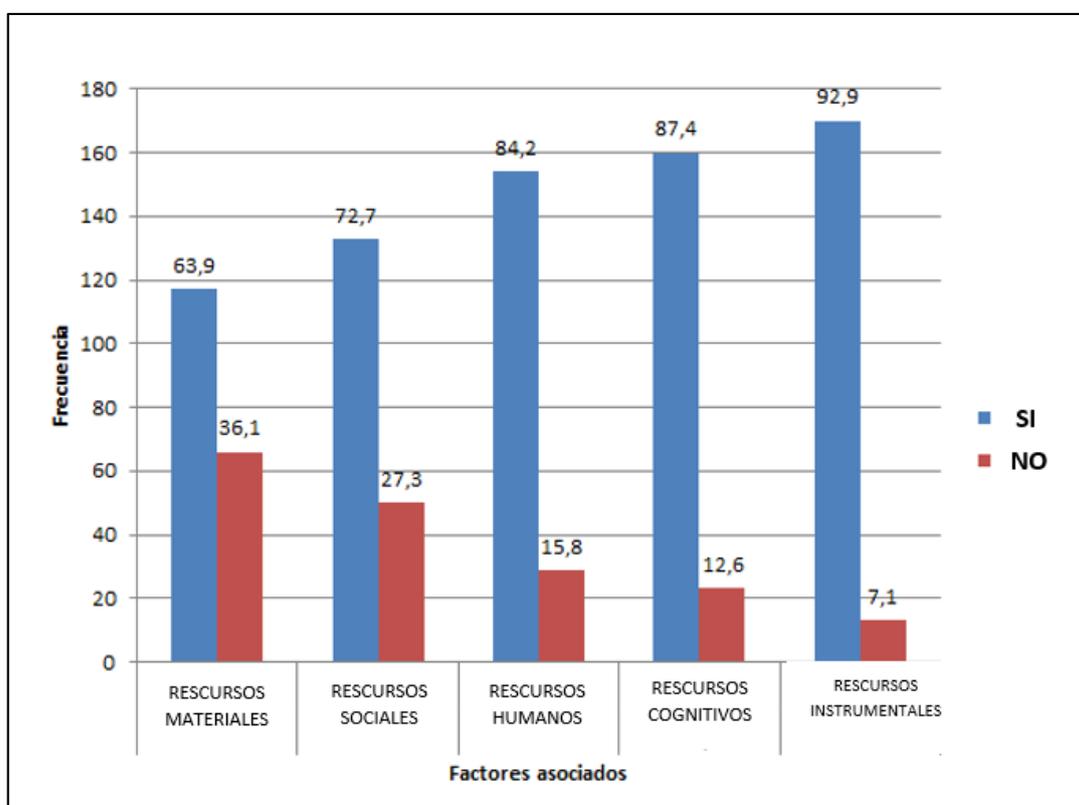
En la tabla y gráfico N° 2 con respecto a factores asociados, el 100% representa a 183 adolescentes, 80,2% representando a 147 adolescentes sí evidencian el uso de los factores asociados y el 19,8% representado por 36 adolescentes no evidencian el uso de los factores asociados.

Tabla 3: Factores asociados en adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.

FACTORES ASOCIADOS	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
	SI	NO	SI	NO
Recursos materiales	117	66	63,9	36,1
Recursos sociales	133	50	72,7	27,3
Recursos humanos	154	29	84,2	15,8
Recursos cognitivos	160	23	87,4	12,6
Recursos instrumentales	170	13	92,9	7,1
Total	147	36	80,2	19,8

**FUENTE:** Encuesta realizada a los adolescentes de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-Huacho 2016.

Gráfico 3: Factores Asociados



**FUENTE:** Tabla N° 3

## **INTERPRETACIÓN:**

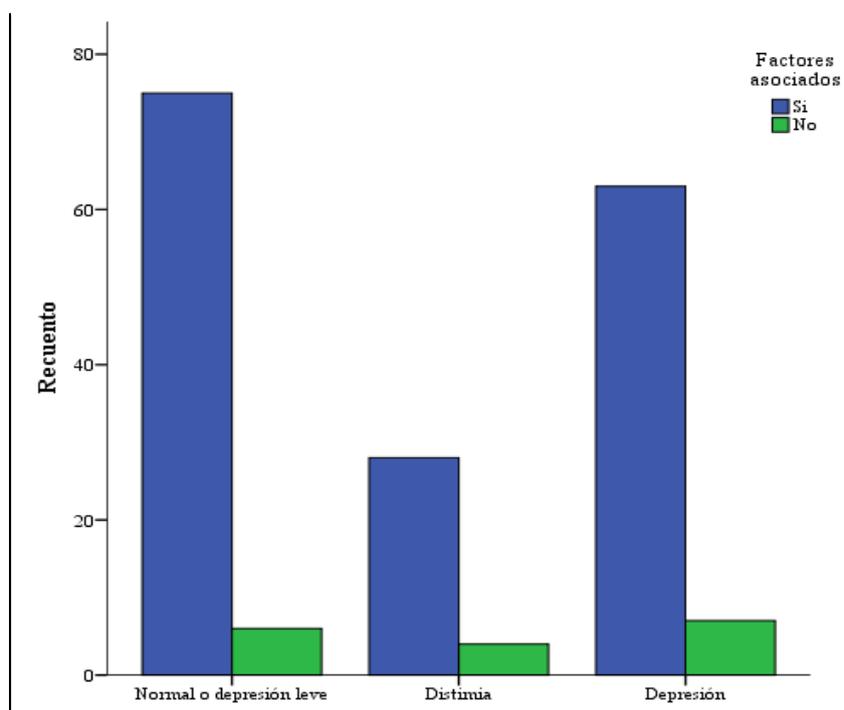
En la tabla y gráfico N° 3 con respecto a los factores asociados dentro de la dimensión de los *recursos humanos*, el 100% representa a 183 adolescentes, el 84.2% respresentado por 154 adolescentes si hace uso de los recursos humanos y el 15.8% respresentado por 29 adolescentes no hace uso de los recursos humanos; dentro de la dimensión de los *recursos sociales*, el 100% representa a 183 adolescentes, el 72.7% respresentado por 133 adolescentes si hace uso de los recursos sociales y el 27.3% respresentado por 50 adolescentes no hace uso de los recursos sociales; dentro de la dimensión de los *recursos cognitivos*, el 100% representa a 183 adolescentes, el 87.4% respresentado por 160 adolescentes si hace uso de los recursos cognitivos y el 12.6% respresentado por 23 adolescentes no hace uso de los recursos cognitivos; dentro de la dimensión de los *recursos materiales*, el 100% representa a 183 adolescentes, el 63.9% respresentado por 117 adolescentes si hace uso de los recursos materiales y el 36.1% respresentado por 66 adolescentes no hace uso de los recursos materiales y dentro de la dimensión de los *recursos instrumentales*, el 100% representa a 183 adolescentes, el 92.9% respresentado por 170 adolescentes si hace uso de los recursos instrumentales y el 7.1% respresentado por 13 adolescentes no hace uso de los recursos instrumentales.

Tabla 4: Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, huaura-2016.

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN	FACTORES ASOCIADOS		Total
	Si	No	
Normal	75	6	81
Distimia	28	4	32
Depresión	63	7	70
Total	166	17	183

**FUENTE:** Encuesta realizada a los adolescentes de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-Huacho 2016.

Gráfico 4: Prevalencia de depresión y factores asociados



**FUENTE:** tabla N° 4

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Las frecuencias observadas se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

### HIPÓTESIS

- **H<sub>0</sub>:** No existe relación entre la prevalencia de depresión y factores asociados en los adolescentes del tercero, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución Educativa Coronel Pedro Portillo Silva – Huaura, 2016.
- **H<sub>1</sub>:** Existe relación entre la prevalencia de depresión y factores asociados en los adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución Educativa Coronel Pedro Portillo Silva – Huaura, 2016.

### NIVEL DE SIGNIFICANCIA:

Error tipo I,  $\alpha = 0.05$  (5%). Esto es el error que se cometería al rechazar la H<sub>0</sub>, si esta fuera esta verdadera en la decisión estadística.

### PRUEBA ESTADÍSTICA:

Prueba no paramétrica Chi cuadrado.

**DECISIÓN ESTADÍSTICA:** Según la prueba chi-cuadrado por ser la Significancia asintótica bilateral (Sig.=0.679) está muy por encima del nivel de error máximo permisible ( $\alpha=0.05$ ), entonces no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula (H<sub>0</sub>: la prevalencia de depresión es independiente de los factores asociados en los estudiantes) y por tanto a un 95% de confianza podemos afirmar que no existe una relación significativa entre la prevalencia de depresión y el uso de los factores asociados en los estudiantes.

## CAPITULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que la población presentó resultados clínicamente significativos de depresión, lo cual ha sucedido en anteriores investigaciones.

En la caracterización de la población tenemos que de 183 adolescentes de la I.E. (100%), 118 adolescentes (64,5%) se encuentran entre las edades de 13 a 15 años y 65 adolescentes (35,5%) se encuentran entre las edades de 16 a 19 años; 106 adolescentes (57,9%) son de sexo femenino y 77 adolescentes (42,1%) son de sexo masculino; y 100 adolescentes (54,6%) proceden de zonas urbanas, 79 adolescentes (43,2%) proceden de zonas rurales y 4 adolescentes (2,2%) proceden de zonas urbano marginales.

Esta realidad diverge con el estudio realizado por **Vargas H, Tovar H y Valverde J.** titulado “Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao”. [Revista Peruana de Epidemiología]. Lima, Perú. Vol. 14. N° 2. Agosto, 2010. Nos muestra una mayor incidencia en adolescentes de 15 – 17 años con un 63,2%. A su vez también diverge con **Díaz N.** titulado “Depresión y Factores Asociados en Estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia”. [Tesis de postgrado]. Colombia. Enero del 2012. Donde los resultados muestran que el 34,5% de los estudiantes tenían entre 18 y 19 años.

Según el sexo tenemos que la mayoría 106 adolescentes (57,9%) pertenece al sexo femenino y solo 77 adolescentes (42,1%) pertenecen al sexo masculino.

Esta realidad converge con el estudio realizado por **Marcela A, Sánchez A, Eduardo C, Bareño J.** titulado “Prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 y 17 años”. [Tesis postgrado]. Colombia, 2013. En el cual dan a conocer que la variable sexo femenino toma fuerza teniendo un resultado de 1022, por lo que podemos decir que fue dos veces mayor el riesgo de tener depresión para las mujeres en aquel estudio. Asimismo, también converge con **Monterzino J.** titulado “Prevalencia de depresión en adolescentes escolarizados de la localidad de la cocha. Universidad Nacional de Tucumán,

Argentina”. [Revista]. 2010. Donde nos muestra que en el sexo femenino es más prevalente a depresión en un 34% al sexo masculino en un 15%. Sin embargo, esta realidad diverge con **Díaz N.** titulado “Depresión y Factores Asociados en Estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia”. [Tesis de postgrado]. Colombia. Dando a conocer en la investigación el predominio del sexo masculino con un 58,8%.

**Respecto a la prevalencia de depresión en adolescentes**, en la tabla y grafico N°1 con respecto a la prevalencia de depresion, el 100% representa a 183 adolescentes, el 44,2% representado por 81 adolescentes presenta normal o depresión leve, el 38,3% representado por 70 alumnos presenta depresion y el 17,5% representado por 32 adolescentes presentan distimia; resultados que se hallaron mediante el uso del test de Aron Beck aplicando valores especificos para esta poblacion, ya que aun no ha sido dignosticada pero si puede identificar toda la sintomatologia

Esta realidad converge el estudio realizado por **Monterzino J.** titulado “Prevalencia de depresión en adolescentes escolarizados de la localidad de la cocha. Universidad Nacional de Tucumán”, Argentina. [Revista]. 2010. En el cual nos muestra la presencia de casos con depresión en un 26% de los adolescentes encuestados.

Asimismo, converge con la investigación realizada por **Londoño C, González M.** titulado “Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres”. [Tesis de postgrado]. Universidad Católica de Colombia, Universidad de la Laguna–España. 2016. Donde se encontró un 18% de casos con depresión de los encuestados.

Converge con la **teoría de Beck**, quien menciona que las personas filtran e interpretan sus experiencias, las personas con tendencia a depresión desarrollan esquemas negativos, distorsionados dando lugar a creencias y actitudes negativas asociadas a la depresión, también se hace mención que los cambios hormonales y la maduración de los adolescentes hacen que se tienda a experimentar variaciones en el estado de ánimo, y pueden producirse como respuesta que para otros puedan parecer insignificantes la variabilidad puede ser pasajera y otras duradera en este sentido son diversos factores q contribuyen a la aparición de la depresión.

**Respecto a los factores asociados**, en la tabla y grafico N° 2 con respecto a factores asociados, el 100% representa a 183 adolescentes, 80,2% representando a 147 adolescentes sí presentan exposición de factores asociados, el 19,8% representado por 36 adolescentes no presentan exposición de factores asociados.

Esta realidad converge con el estudio de **Díaz N.** titulado "#Depresión y Factores Asociados en Estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia". [Tesis de postgrado]. Colombia. Enero del 2012. En la cual hay un mayor porcentaje de los encuestados que presentan factores asociados que desencadenan la prevalencia en depresión.

A la vez esta converge con la realidad de **Marcela A, Sánchez A, Eduardo C, Bareño J**, titulado "Prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 y 17 años". [Tesis postgrado]. Colombia, 2013. Donde da a conocer que los factores asociados con mayor porcentaje que explican el riesgo de sufrir depresión en adolescentes son: el sexo, la espiritualidad, los antecedentes familiares, el consumo de sustancias ilegales, la violencia intrafamiliar y la pérdida de una relación.

En cuanto al grado significancia planteada en nuestra hipótesis estadística para aceptar o rechazar la relación que existe entre la prevalencia de depresión y los factores asociados en los adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I. E Coronel Pedro Portillo Silva, para lo cual se hizo uso de la técnica de análisis de correlacional no paramétrica de chi-cuadrado por ser la significancia asintótica bilateral (Sig.=0.679) está muy por encima del nivel de error máximo permisible ( $\alpha=0.05$ ), entonces no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ : la prevalencia de depresión es independiente de los factores asociados en los estudiantes) y por tanto a un 95% de confianza podemos afirmar que no existe una relación significativa entre la prevalencia de depresión y el uso de los factores asociados de los adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria por lo cual rechazamos la hipótesis alterna.

La estimación mediante la técnica de análisis del CHI-X2, sugiere una posible relación entre el sexo y la prevalencia de depresión, así también podemos observar una relación entre el sexo y los factores asociados haciendo uso se la misma técnica de análisis.

En los antecedentes hacen mención de los factores asociados en relación a otros más, pero se puede ver que son considerados dentro de este mismo grupo, cuando estos factores ameritan ser estudiados de manera particular y no ser incluidas aquí. Esto podría llevarnos a asumir el porque hay casos de divergencia con relación a nuestras bases teóricas. Dentro de la definición de términos de la presente investigación, apoyados en la teoría de Albert Bandura y de la teórica Dorothy Johnson, enmarcan que existe un aprendizaje social que está comprendido por un medio interno y otro externo, en el cual se ven asociados tanto factores psicológicos propios de los adolescentes y factores sociales que se ven impuesto por el medio que los rodea, es así como se dimensiona el test que se hace para medir los cinco tipos de recursos que involucra estos dos y no se considera incluir otros factores que son estudiados en diversas investigaciones pero individualmente.

Finalizando, el hacer uso de diversos factores que se asocian a la presencia de la depresión, contribuyen a crear un escenario de incertidumbre y angustia de quienes atraviesa factores estresantes que desequilibran el medio interno y el social.

## **5.2. CONCLUSIONES**

Este estudio logró relacionar aspectos importantes del contexto y su posible influencia en la asociación de diversos factores por parte de los adolescentes. Por ello, es importante plantear la complejidad del fenómeno estresante y como el adolescente se va ver en la necesidad de asociar diversos recursos, esto nos impone desafíos teóricos, tanto como profesionales de la salud y como investigadores, para lo que se requiere integrar factores diversos que interactúen entre sí dentro de un marco teórico amplio, con el fin de comprender a este multifacético fenómeno.

Se halló una cantidad importante de información acerca de la población estudiantil que se requería estudiar. Se pudo recopilar información acerca de los contextos más cercanos en que se desenvuelven los estudiantes, ya que se consideraron aspectos relevantes en el tema estudiado, con las perspectivas teóricas mencionadas.

Según la caracterización, obtuvimos que el mayor grupo de adolescentes se encuentra entre los 13 a 15 años de edad con un porcentaje de 64.5%, asimismo el sexo femenino

representa el número mayor de encuestados con un 57,9% y proceden zonas urbanas un 54,4%.

De los adolescentes encuestados se halló con depresión a un total de 55.8% que representa a 102 adolescentes, sumado a este resultado la depresión en sí misma y la Distimia. Esto nos lleva asumir que efectivamente hay una población afectada con los criterios que señalamos como parte de la sintomatología depresiva.

Asimismo este notable hallazgo también lo veremos relacionados con diversos factores asociados tanto intrapersonales como interpersonales, un 80,2% representando a 147 adolescentes evidenciaron la presencia de los factores asociados. De estos factores asociados, los recursos instrumentales resultaron ser los que más presentes en 170 (92,9%) adolescentes de los 183 en total y los recursos materiales fueron de los factores menos asociados por 66 (36,1%) adolescentes de un total de 183 encuestados. Lo cual arrojó el promedio de las frecuencias que se evidencian en el uso o no de los factores asociados.

Estos resultados fueron analizados mediante la técnica de análisis del chi-cuadrado para su debido procesamiento, esta técnica se encuentra abordada dentro de la estadística descriptiva no paramétrica. Por encontrarse la significancia asintótica bilateral (Sig.=0.679) muy por encima del nivel de error máximo permisible ( $\alpha=0.05$ ), se concluye que no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula y por tanto podemos afirmar que no existe una relación significativa entre la prevalencia de depresión y el uso de los factores asociados en los estudiantes.

Este nivel de significancia arrojó que las variables estudiadas son independientes una de la otra, el sustento a estos resultados es que se hizo un estudio a los criterios que nos señalaban la presencia de la sintomatología depresiva, manifestado a través de los cuestionario por los adolescentes justo al momento en el que fueron encuestados, estos resultados no son considerados como un diagnóstico depresivo propiamente dicho porque recién estamos en la etapa de la identificación de los posibles casos.

Interpretando el coeficiente de correlación Chi - Cuadrado que se encuentra oscilando entre 0 y 1, nos indica que existe una correlación muy baja. Si bien no existe una correlación entre la prevalencia de depresión y los factores asociados significativa, quiere decir que

habría otros factores que estarían influyendo en la causa de que se encuentre presente la depresión de los adolescentes.

Identificar a las poblaciones afectadas como lo son estos adolescentes, se encuentra dentro de las competencias de la Enfermería porque si hablamos de un nivel de atención primario nos encontramos que se tiene como base de trabajo el aspecto preventivo promocional. En el cual con respecto a la Salud Mental no se le está brindando la importancia requerida a pesar de que se cuenta con la Estrategia de Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz.

Teniendo en cuenta a los antecedentes, se remarca que se tuvo en cuenta en la población de estudio la presencia de la sintomatología que ameritaba el estudio necesario, para lo cual se tomo en cuenta diversos criterios. El test que se uso estaba adaptado precisamente para abordar a poblaciones que no cuentan con un diagnóstico.

Si bien para Beck su test es para medir la intensidad de la depresión, este mismo a su vez no está indicado para reconocer categorías nosológicas porque si hace revisión de sus indicadores, allí se tienen en cuenta la sintomatología que se acentúa de acuerdo a cuanto mayor es el tiempo de exposición a este trastorno. Si el adolescente ya presenta signos y síntomas latentes al momento que fue encuestado estos serán los que ante la presencia de un factor estresante desencadene el cuadro depresivo, por consiguiente este adolescente procesara todo pensamiento de manera negativa, como lo indica él mismo dentro de su tríada.

Cada adolescente dispone de varios factores que ira asociando o no al momento de afrontar los diversos eventos estresores. La selección de las mismas va a depender del contexto psicosocial y de la personalidad de cada uno, que da cuenta de la variedad de recursos que dispone el sujeto.

Analizar la relación de la situación estresante que se pone en marcha para intervenir frente a la situación; describir cómo es evaluado y valorado el suceso estresante y cuál es el resultado de las estrategias utilizadas para amortiguar los efectos del estrés, constituye una tarea esencial no sólo para los psicólogos clínicos sino también para aquellos *abogados a las tareas del cuidado integral de la persona*.

Finalmente, este estudio logra relacionar aspectos importantes del contexto y su posible influencia en la asociación de diversos factores por parte de los adolescentes. Por ello, es importante plantear, que la complejidad del fenómeno estresante y como el adolescente se va ver en la necesidad de asociar diversos recursos, esto nos impone desafíos teóricos, tanto como profesionales de la salud y como investigadores, para lo que se requiere integrar factores diversos que interactúen entre sí dentro de un marco teórico amplio, con el fin de comprender a este multifacético fenómeno.

### **5.3. RECOMENDACIONES**

En relación con la población estudiada, y teniendo en cuenta las anteriores, para futuras investigaciones, se debe resaltar que existen variables individuales que pueden relacionarse con la depresión, ya que contribuyen a su aparición, por lo que sería importante dentro del proceso de evaluación identificar por medio de la realización de un apartado de datos complementarios o entrevista psicológica: los antecedentes familiares y personales, dificultades académicas, ocurrencia de eventos críticos, consumo de sustancias psicoactivas, entre otras, que permitan reducir la presencia de conductas de riesgo colectivo. De esta manera, se podría tener un panorama más claro de esta situación.

Es notable que se requiere dirigir las acciones de enfermería hacia los adolescentes específicamente en el ámbito de la salud mental, incluyéndose aquí el gran rol del cuidado holístico que presta el personal de enfermería entendiendo holístico a la práctica de enfermería donde la curación de la persona se asume como un todo dentro de su meta, en tanto permitirá hacer señalamientos e intervenciones a nivel comunitario que lleven a mejorar la calidad de vida, posibilitando un mayor desarrollo personal y favoreciendo el bienestar físico y psicológico de los adolescentes.

Aquí también sería de suma importancia el aporte de las máximas entidades representativas en el ámbito de la salud como es el MINSA y el ESSALUD, los cuales deberían sumarse como entes mediadores dirigidos al primer nivel de atención para que sea de mayor énfasis el abordaje en temas de Salud Mental dentro del enfoque preventivo

promocional, así fomentar también la implementación de los Lineamientos de Salud Mental, buen trato y cultura de paz que se encuentra vigentes desde el 2004.

Como bien se sabe para la enfermería es de interés reconocer o detectar dichos factores, eso con el fin de mitigarlos. Radicando aquí el gran aporte de la enfermería en este ámbito, porque permite el contacto directo con la población más vulnerable en este caso los adolescentes, permitiendo la expresión de sus sentimientos y emociones, lo que nos permitiría la valoración de la presencia o ausencia de la depresión a partir de técnicas e instrumentos, para así también promover el acceso a las redes de soporte familiar y social que son de suma importancia.

Siendo necesario involucrar sobretodo a los padres en la vida del adolescente ya que son la base fundamental y cumplen un rol imprescindible durante su desarrollo y crecimiento, debiendo participar de manera activa en sus actividades, metas, preocupaciones e inquietudes.

Para lograr esto sera necesario implementar en las escuelas, talleres de padres de familia en donde se vea el compromiso activo de los mismos, asi poder concientizarlos mediante charlas educativas sobre diversos temas que se encuentran en relación a la depresión y como esto afecta en la vida diaria de sus menores hijos. Aquí será necesario contar con la participación del personal profesional de enfermería y psicólogos; estas sesiones educativas deberán darse de manera consecutiva, para así estar constantemente retroalimentando lo aprendido y lograr el objetivo esperado.

Teniendo en cuenta que el personal de enfermeria asumira grandes retos durante la ardua labor que realizaran, considerandolos como los principales protagonista de los resultados que se vallan querer a obtener. Si damos una vista panoromica de este escenario, se tiene que tener en cuenta que tan preparados están estos profesionales durante su formación académica, será imprescindible fomentar la importancia de la Salud Mental primero en ellos mismos y también lograr prepararlos para este tipo de escenarios. Incluyendo por ejemplo en su plan de estudios temáticas con respecto a la Salud Mental y su importancia, cursos electivos que fomenten la Salud Mental.

Líneas futuras de investigación podrían apuntar al diseño de programas de intervención en los cuales se detecten de manera inmediata en un primer nivel de atención, asu vez sería importante realizar un estudio futuro con esta población para identificar factores protectores y de riesgo, teniendo en cuenta que en la adolescencia se configuran los ideales de vida que después van a constituir la identidad personal adulta. La carga de los trastornos emocionales en la adolescencia es sentida especialmente por las familias y los amigos de los afectados. De no ser tratados estos trastornos dejan marcas indelebles tanto para el propio individuo como para la sociedad.

Por lo que esta investigación queda como base que antecederà a la realización de nuevos estudios relacionados como por ejemplo a los factores protectores, factores de riesgo entre otros y posteriormente realizar correlación entre estos y diferentes patologías que se le pudieran asociar.

## CAPITULO VI: FUENTES DE INFORMACIÓN

### 6.1. Fuentes bibliográficas

BBC Mundo (British Broadcasting Corporation, ente público de radio y televisión del Reino Unido). "Me acuerdo del día que fui a la cocina por un cuchillo para cortarme las venas": El drama de las enfermedades mentales en América Latina. Margarita Rodríguez. [Nota de prensa 15 septiembre 2015]. 20 de febrero del 2017.

Casado, O. (2016). Depresión es la principal enfermedad psiquiátrica en América Latina. RRP. Perú.

De la Rosa, E. (2013). Depresión y suicidio entre individuos de 15 a 24 años de edad en el D.F [Tesis de pregrado]. México: el tronco interdivicional “conocimiento y sociedad”.

Desarrollo del conocimiento de enfermería. Modelo del Sistema Conductual. DOROTHY JOHNSON. lunes, 20 de enero de 2014.

El Tiempo. Depresión en adolescentes, en aumento. Honoria Montes. [Nota de prensa 27 de mayo 2014]. 20 de febrero 2017.

Informe anual de todos los servicios. Área de estadística. Hospital Regional de Huacho. Febrero del 2017.

Instituto Nacional de la Salud Mental. Depresión. Departamento de salud mental y servicios humanos de los Estados Unidos. Publicación N° sp 09 3561. Modificado en enero del 2011.

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Alrededor del 84% de las personas con problemas de salud mental no lo aceptan y reconocen. Perú. INSM-HDHN. 2014.

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Uno de cada ocho niños o adolescentes presentarán algún problema de salud mental. Perú. INSM-HDHN. 2016.

La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida. Diario Perú 21. Nota de prensa, actualidad; Sábado 06 de septiembre del 2014. 18 de setiembre 2016.

Martin E. (2012). La depresión. Catedrático y doctor en medicina y ciencias naturales especialista en psiquiatría, psicoterapia y neurología. Clínica privada Clenia Schlössli. Versión 1.0.

Modelos enfermeros. Modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson. 30 de Mayo 2016.

Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Nota de prensa, Febrero del 2017]. 20 de febrero del 2017.

Organización Mundial de la Salud. La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes. Ginebra. OMS. 2014.

Organización Mundial de la Salud. La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes. [Comunicado de prensa, 14 de Mayo del 2014]. GINEBRA. 20 de febrero del 2017.

Organización Mundial de la Salud. Riesgos para la salud de los jóvenes. España. OMS. 2016.

Paredes, M.; Guzmán, Y.; Granados, C. (2016) Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. Rev. salud pública. Universidad de la Sabana. Bogotá. Colombia. diciembre 07, 2011.

Tasa de suicidio adolescente es la más alta de Latinoamérica. [Dirio U, Chile. Macarena Scheuch, Sábado 24 de marzo 2012]. 20 de febrero del 2017.

Ventura, H; Hall, L. (2011). Modelo de núcleo, cuidado y curación. Instituto superior de Enfermería. Chiapas.

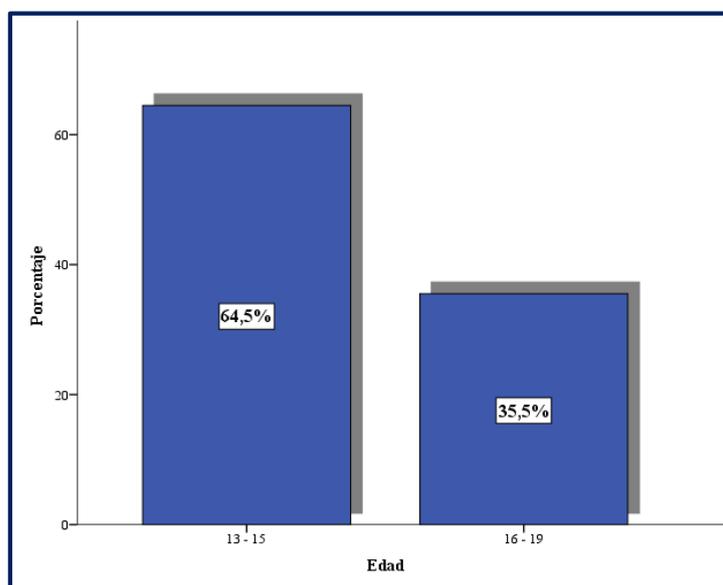
**ANEXOS**

Tabla N° 1: *Edad de los estudiantes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.*

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
13 – 15	118	64,5
16 – 19	65	35,5
Total	183	100,0

**FUENTE:** Encuesta realizada a los adolescentes de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-Huacho 2016.

Gráfico 1



**FUENTE:** Tabla N° 1

**INTERPRETACION:**

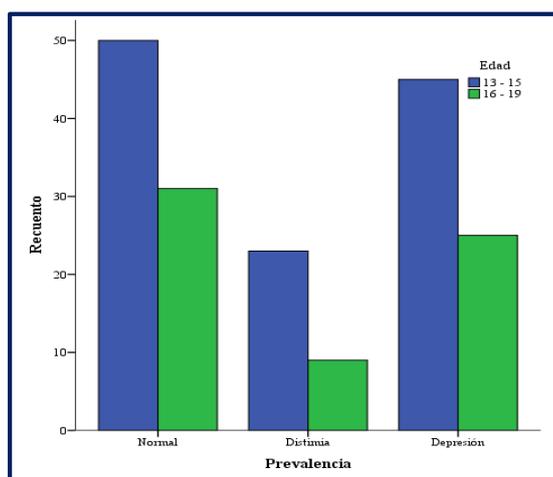
En la tabla y gráfico N°1 con respecto a la edad de los adolescentes, el 100% que representa a 183 adolescentes, el 64.5% representado por 118 alumnos tienen entre 13 – 15 años y el 35.5% representado por 65 alumnos tienen entre 16 -19 años.

Tabla N° 2: *Edad y prevalencia de depresión en los adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.*

PREVALENCIA DE DEPRESION	ESTADÍSTICO S	EDAD		TOTAL
		13 – 15	16 - 19	
Normal	N	50	31	81
	%	61,7%	38,3%	100,0%
Distimia	N	23	9	32
	%	71,9%	28,1%	100,0%
Depresión	N	45	25	70
	%	64,3%	35,7%	100,0%
Total	N	118	65	183
	%	64,5%	35,5%	100,0%

**FUENTE:** Encuesta realizada a los adolescentes de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-Huacho 2016.

Grafico N° 2



**FUENTE:** tabla N° 2

## INTERPRETACION

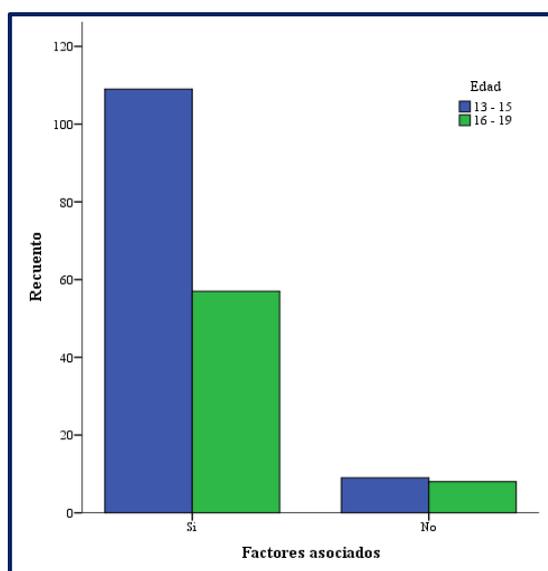
En la tabla y grafico N°2 con respecto a la edad y prevalencia de depresion, el 100% representa a 183 adolescentes, de los adolescentes sin depresion el 61.7% representado por 50 alumnos tienen entre 13 – 15 años y el 38.3% representado por 31 alumnos tienen entre 16 -19 años, de los adolescentes con distimia el 71,9% representado por 23 alumnos tienen entre 13 – 15 años y el 28,1% representado por 9 alumnos tienen entre 16 -19 años y de los adolescentes con depresion el 64.3% representado por 45 alumnos tienen entre 13 – 15 años y el 35.7% representado por 25 alumnos tienen entre 16 -19 años.

Tabla N° 3: *Edad y factores asociados en adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.*

FACTORES ASOCIADOS	ESTADÍSTICOS	EDAD		TOTAL
		13 – 15	16 - 19	
Si	N	109	57	166
	%	65,7%	34,3%	100,0%
No	N	9	8	17
	%	52,9%	47,1%	100,0%
Total	N	118	65	183
	%	64,5%	35,5%	100,0%

**FUENTE:** Encuesta realizada a los adolescentes de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-Huacho 2016.

Grafico N° 3



**FUENTE:** Tabla N° 3

**INTERPRETACION:**

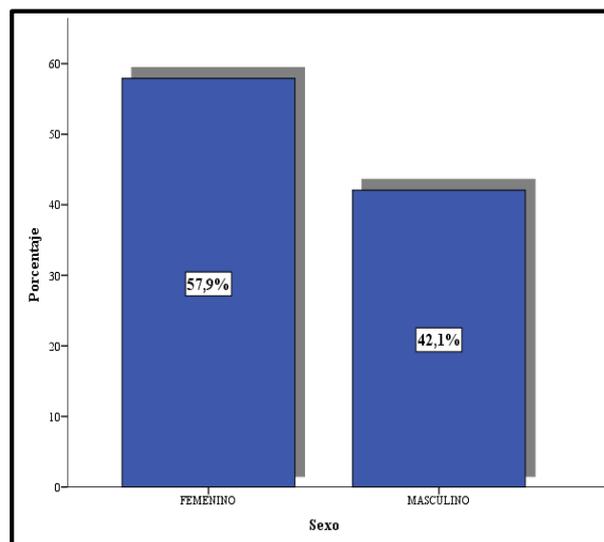
En la tabla y grafico N° 3 con respecto a la edad y los factores asociados, el 100% representa a 183 adolescentes, de los adolescentes que presentan factores asociados el 65.7% representado por 109 alumnos tienen entre 13 – 15 años y el 33.3% representado por 57 alumnos tienen entre 16 -19 años y de los adolescentes que no presenta factores asociados el 52,9% representado por 9 alumnos tienen entre 13 – 15 años y el 47.1% representado por 8 alumnos tienen entre 16 -19 años.

Tabla N° 4: *sexo de los adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
<b>Femenino</b>	106	57,9
<b>Masculino</b>	77	42,1
<b>Total</b>	183	100,0

**FUENTE:** Encuesta realizada a los adolescentes de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-Huacho 2016.

Grafico N° 4



**FUENTE:** tabla N° 4

**INTERPRETACION:**

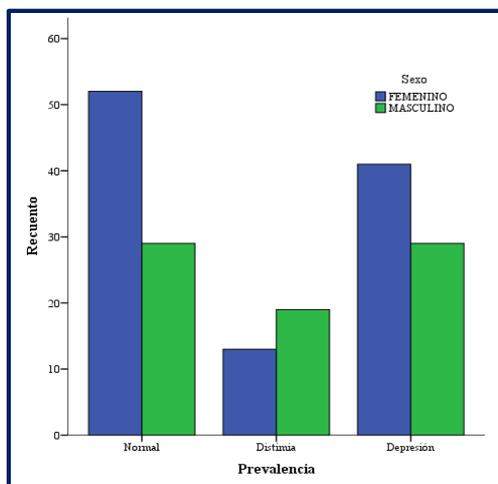
En la tabla y grafico N°4 con respecto al sexo, el 100% que representa a 183 adolescentes, el 57.1% representado por 106 alumnos son de sexo femenino y el 42.9% representado por 77 alumnos son de sexo masculino.

Tabla N° 5: *Sexo y prevalencia de depresión en los adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.*

PREVALENCIA DE DEPRESION	ESTADÍSTICOS	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
Normal	N	52	29	81
	%	64,2%	35,8%	100,0%
Distimia	N	13	19	32
	%	40,6%	59,4%	100,0%
Depresión	N	41	29	70
	%	58,6%	41,4%	100,0%
Total	N	106	77	183
	%	57,9%	42,1%	100,0%

**FUENTE:** Encuesta realizada a los adolescentes de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-Huacho 2016.

Grafico N° 5



**FUENTE:** Tabla N° 5

### INTERPRETACION:

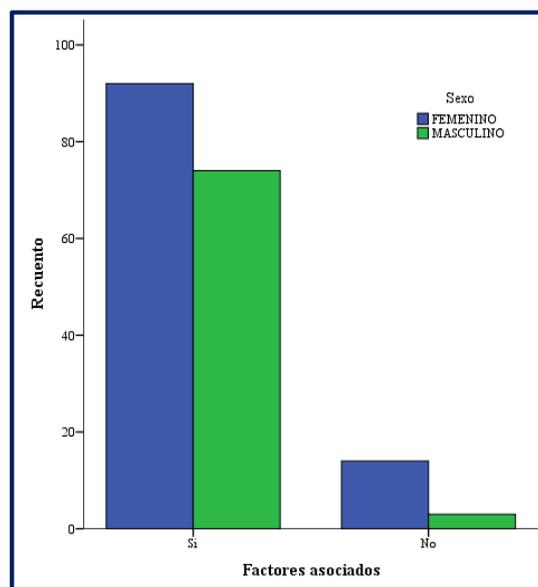
En la tabla y grafico N° 5 con respecto al sexo y la prevalencia de depresion, el 100% representa a 183 adolescentes, de los adolescentes sin depresion el 64.2% representado por 62 alumnos son de sexo femenino y el 35.8% representado por 29 alumnos son de sexo masculino, de los adolescentes con distimia el 46,4% representado por 13 alumnos son de sexo femenino y el 59,4% representado por 19 alumnos son de sexo masculino y de los adolescentes con depresion el 58.6% representado por 41 alumnos son de sexo femenino y el 41,4% representado por 29 alumnos son de sexo masculino.

Tabla N° 6: *Sexo y factores asociados en los adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la i. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.*

FACTORES ASOCIADOS	ESTADÍSTICOS	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
Si	N	92	74	166
	%	55,4%	44,6%	100,0%
No	N	14	3	17
	%	82,4%	17,6%	100,0%
Total	N	106	77	183
	%	57,9%	42,1%	100,0%

**FUENTE:** Encuesta realizada a los adolescentes de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-Huacho 2016.

Grafico N° 6



**FUENTE:** Tabla N° 6

### INTERPREACION:

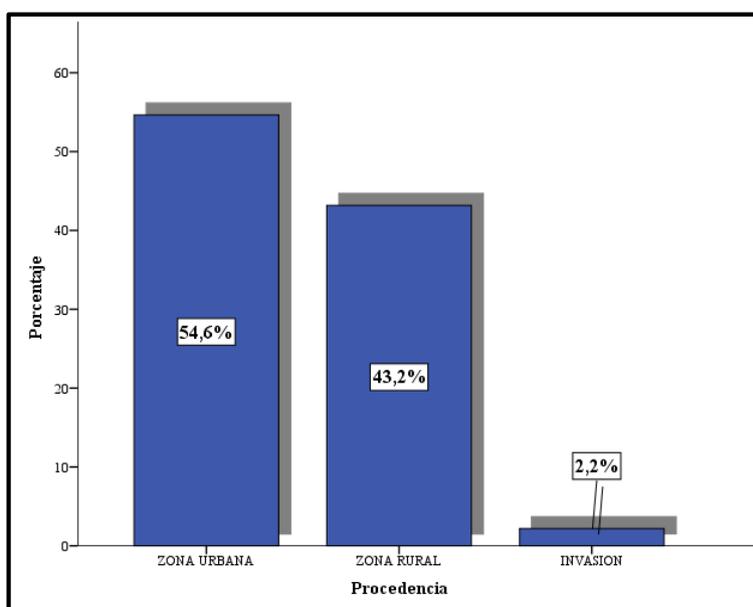
En la tabla y grafico N° 6 con respecto al sexo y los factores asociados, el 100% representa a 183 adolescentes, de los adolescentes que presentan factores asociados el 55,4% representado por 92 alumnos son de sexo femenino y el 44,6% representado por 74 alumnos son de sexo masculino y de los adolescentes que no presenta factores asociados el 82,4% representado por 14 alumnos son de sexo femenino y el 17,6% representado por 3 alumnos son de sexo masculino.

Tabla N° 7: *Procedencia de los adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I.E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.*

ZONA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbana	100	54,6
Rural	79	43,2
Invasión	4	2,2
Total	183	100,0

**FUENTE:** Encuesta realizada a los adolescentes de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-Huacho 2016.

Grafico N° 7



**FUENTE:** Tabla N° 7

### INTERPRETACION:

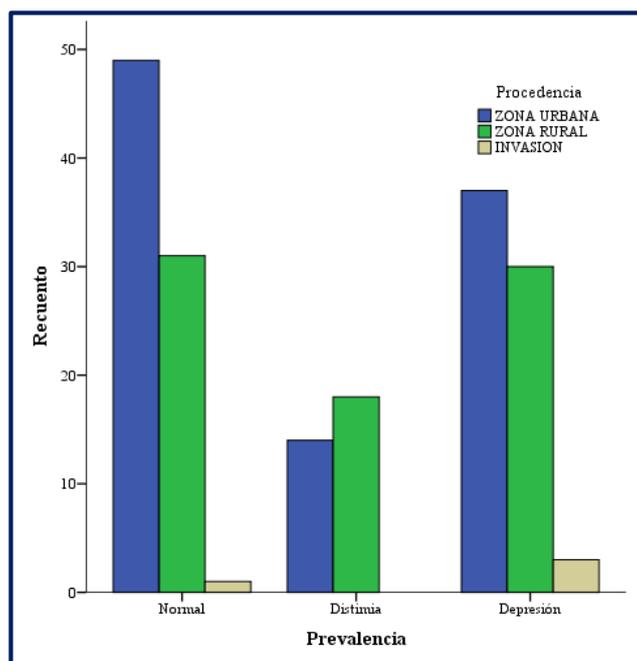
En la tabla y grafico N° 7 con respecto a la procedencia, el 100% representa a 183 adolescentes, el 54,6% representado por 100 alumnos proceden de zona urbana, el 43,2% representado por 79 alumnos proceden de zona rural y el 2,2% representado por 4 alumnos proceden de zonas de invasion.

Tabla N° 8: *Procedencia y prevalencia de depresión en los adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la i. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.*

PREVALENCIA DE DEPRESION	ESTADÍSTICO S	PROCEDENCIA			TOTAL
		ZONA URBANA	ZONA RURAL	URBANO MARGINAL	
Normal	N	49	31	1	81
	%	60,5%	38,3%	1,2%	100,0%
Distimia	N	14	18	0	32
	%	43,8%	56,3%	,0%	100,0%
Depresión	N	37	30	3	70
	%	52,9%	42,9%	4,3%	100,0%
Total	N	100	79	4	183
	%	54,6%	43,2%	2,2%	100,0%

**FUENTE:** Encuesta realizada a los adolescentes de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-Huacho 2017.

Grafico N° 8



**FUENTE:** tabla N° 8

### INTERPRETACION:

En la tabla y grafico N° 8 con respecto a la procedencia y la prevalencia de depresion, el 100% representa a 183 adolescentes; de los adolescentes que no presentan depresion el 60,5% representado por 49 alumnos proceden de zona urbana, el 38,3% representado por 31 alumnos proceden de zona rural y el 1,2% representado por 1 alumno procede de zona de

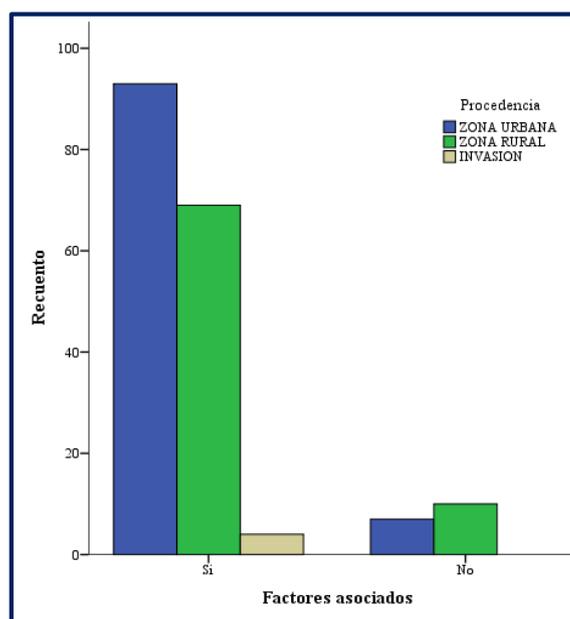
invasion; de los adolescentes que presentan distimia el 43,8% representado por 14 alumnos proceden de zona urbana, el 56,3% representado por 18 alumnos proceden de zona rural y nadie procede de zonas de invasion; y de los adolescentes que presentan depresion el 52,9% representado por 37 alumnos proceden de zona urbana, el 42,9% representado por 30 alumnos proceden de zona rural y el 4.3% representado por 3 alumnos proceden de zonas de invasion

Tabla N° 9: *Procedencia y factores asociados en adolescentes del 3°, 4° y 5° año de secundaria de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-2016.*

FACTORES ASOCIADOS	ESTADÍSTICOS	PROCEDENCIA			TOTAL
		ZONA URBANA	ZONA RURAL	INVASION	
Si	n	93	69	4	166
	%	56,0%	41,6%	2,4%	100,0%
No	n	7	10	0	17
	%	41,2%	58,8%	,0%	100,0%
Total	n	100	79	4	183
	%	54,6%	43,2%	2,2%	100,0%

**FUENTE:** Encuesta realizada a los adolescentes de la I. E. Coronel Pedro Portillo Silva, Huaura-Huacho 2016.

Grafico N° 9



**FUENTE:** tabla N° 9

### INTERPRETACION:

En la tabla y grafico N° 9 con respecto a la procedencia y los factores asociados, el 100% representa a 183 adolescentes; de los adolescentes que evidencian el uso de factores asociados el 56,6% representado por 93 alumnos proceden de zona urbana, el 41,6% representado por 69 alumnos proceden de zona rural y el 2,4% representado por 4 alumnos proceden de zonas de invasion; y de los adolescentes que no evidencian uso de los factores asociados el 41,2% representado por 7 alumnos proceden de zona urbana, el 58,8% representado por 10 alumnos proceden de zona rural y nadie procede de zonas de invasion.

## ANEXO 10

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSE FAUSTINO SANCHEZ CARRION

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



CODIGO 0

### PRESENTACIÓN:

La importancia de la presente investigación, radica en que los problemas mentales se encuentran acentuando y cogiendo relevancia, siendo estos uno de los problemas de salud pública más serios en los adolescentes, como objetivo tenemos determinar prevalencia de depresión y los factores asociados en adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución Educativa Coronel Pedro Portillo Silva – Huaura, 2016.

### INSTRUCCIONES:

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale encerrando con círculo, cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

### DATOS GENERALES

#### I. INFORMACIÓN GENERAL:

##### 1. Edad:

a)	13 – 15	
b)	16 – 19	

##### 2. Sexo:

a)	Masculino	
b)	Femenino	

##### 3. Procedencia:

a)	Zona Urbana (urbanización)	
b)	Zona Rural (AA.HH, centros poblados)	
c)	Invasión	

## “PREVALENCIA DE DEPRESIÓN”

### 1) Tristeza

0. No me siento triste
1. Me siento triste a veces.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

### 2) Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
1. A veces me siento desanimado respecto al futuro.
2. Siento que no tengo que esperar nada.
3. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

### 3) Sentimiento de fracaso

0. No me siento fracasado.
1. A veces siento que he fracasado más que las demás personas.
2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
3. Me siento una persona totalmente fracasada.

### 4) Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto mucho de las cosas como antes lo hacía.
2. Ya no me satisfacen las cosas que hago.
3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

### 5) Culpabilidad

0. No me siento culpable.
1. Me siento culpable en algunas ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.

### 6) Sentimiento de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.
1. Siento como si me fueran a castigar.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

### 7) Autodesepción

0. No estoy decepcionado de mí mismo.
1. A veces siento que me he decepcionado a mí mismo.
2. Siento vergüenza de mí mismo.
3. Me detesto.

### 8) Autoculpabilidad

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.

2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

### **9) Ideación suicida**

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. En algún momento pensé en suicidarme, pero no lo cometido.
2. Desearía suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

### **10) Llanto**

0. No lloro más de lo que solía llorar.
1. Ahora lloro un poco más que antes.
2. Lloro con facilidad o continuamente.
3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

### **11) Irritabilidad**

0. No estoy más irritado de lo normal en mí.
1. Me molesto o irrito un poco más, a comparación de como era antes.
2. Me siento irritado casi muy seguido.
3. No me irrito por nada de las cosas, las cuales antes solían irritarme.

### **12) Desinterés social**

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy un poco menos interesado en los demás.
2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
3. He perdido todo el interés por los demás.

### **13) Indecisión**

0. Tomo decisiones como siempre lo he hecho.
1. A veces evito tomar decisiones, que antes sí las hacía.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Ya me es imposible tomar decisiones.

### **14) Pobre imagen corporal**

0. Tengo un buen aspecto corporal.
1. Temo que ahora parezco una persona vieja (adulta) o poco atractivo (a).
2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo (a).
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

### **15) Dificultad académica**

0. Participo normalmente en las actividades que realizan en el colegio como lo hacía antes (exámenes, prácticas, tareas, festividades, etc.).
1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
3. No puedo hacer nada en absoluto.

**16) Insomnio**

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes, tardo más o menos 30 min para poder dormir.
2. Me despierto una o dos veces durante la madrugada y me resulta un poco difícil volver a dormir.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

**17) Fatiga**

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Siento que a veces me canso más fácilmente que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

**18) Pérdida del apetito**

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. Mi apetito se ha reducido un poco.
2. Me siento llena(o) habiendo ingerido solo un poco de los alimentos.
3. He perdido completamente el apetito.

**19) Pérdida de peso**

0. No he perdido peso.
1. Últimamente he perdido un poco de peso.
2. He perdido más de 500 g en una semana.
3. He perdido más de 1 kg en una semana.
4. Estoy a dieta para adelgazar

**20) Hipocondría**

0. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
1. En ocasiones me preocupan algunos problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
2. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

**21) Desinterés por el sexo**

0. No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
1. Mi interés por relacionarme con los de mi sexo opuesto (**amigos(as), novio (a), relaciones**) ya no es como antes, siento que ha disminuido.
2. Es mínimo el interés, por relacionarme con los de mi sexo opuesto (**prefiero tener espacios solo para mí**).
3. He perdido totalmente el interés por los de mi sexo opuesto.



## ANEXO 11

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSE FAUSTINO SANCHEZ CARRION  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**CODIGO 0**

### PRESENTACIÓN:

La importancia de la presente investigación, radica en que los problemas mentales se encuentran acentuando y cogiendo relevancia, siendo estos uno de los problemas de salud pública más serios en los adolescentes, como objetivo tenemos determinar prevalencia de depresión y los factores asociados en adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución Educativa Coronel Pedro Portillo Silva – Huaura, 2016.

### INSTRUCCIONES:

Ayúdanos a conocer cómo responden las personas ante diferentes situaciones de su vida. Recuerda que lo que nos importa es conocer lo que tú haces, piensas y sientes. La información que proporciones será estrictamente confidencial. Con tu participación nos estarás ayudando en el esfuerzo de comprender y apoyar a personas como tú. ¡Gracias por colaborar!

Las personas reaccionamos de manera diferente ante las distintas situaciones de la vida. Indica marcando con una “X” (**quis**) de acuerdo a la alternativa que se acerca más a la respuesta que le darías a los enunciados que leerás a continuación, analizando que tan frecuentemente reacciones de la misma manera. Tu respuesta puede ser:

**ANEXO 11**

**1 = Si**

**2 = No**

## FACTORES ASOCIADOS

RECURSOS HUMANOS	SI	NO
1. Cuando estoy muy triste siento que mis problemas no tienen solución.		
2. Pierdo el control cuando me enojo.		
3. Cuando estoy nervioso(a), si me lo propongo, puedo relajarme fácilmente.		
4. Cuando me enojo aviento lo primero que tengo en la mano.		
5. Si las cosas no salen como las tenía planeadas me desanimo fácilmente.		

6. Cuando me pongo triste, me digo frases que me levanten el ánimo.		
7. Me es fácil recuperar la tranquilidad después de que me siento triste.		
8. Es muy difícil que vuelva sentirme bien cuando se frustran mis planes.		
9. Cuando empiezo a sentirme triste ya no me puedo detener.		
10. Evito alterarme cuando me enojo.		
11. Cuando me siento frustrado, platico conmigo mismo(a) para tranquilizarme.		
12. Darme cuenta de cómo me siento me ayuda a recuperarme de los problemas.		
13. Cuando tengo problemas trato de permanecer tranquilo(a).		
14. Siento que tengo control sobre mi vida.		
15. Cuando es necesario tengo la capacidad de controlar emociones.		
16. Cuando algo me sale mal, continuo esforzándome sin darme por vencido(a).		
17. Puedo enfrentar situaciones difíciles permaneciendo en calma.		
18. Trato de no alterarme y de hablar “como una persona decente”.		
<b>RECURSOS SOCIALES</b>		
19. Trato de platicar con alguien para desahogarme.		
20. Para mí es muy difícil pedir ayuda a los demás.		
21. Si tuviera un problema muy grave, no sabría a quién recurrir.		
22. Cuando me siento mal, busco ayuda en la gente que me rodea.		
23. Evito acercarme a la gente cuando tengo problemas.		
24. Cuando he pedido ayuda a los miembros de mi familia me han fallado.		
25. Cuento con una persona de mi confianza a quien le puedo pedir consejo.		
26. Me da pena acercarme a la gente cuando la necesito.		
27. Por lo menos tengo a una persona a quien contarle lo que me pasa.		
28. Sin que me pidan ayuda, yo la ofrezco (fuese quien fuese).		
<b>RECURSOS COGNITIVOS</b>		
29. Reflexiono cuidadosamente las cosas antes de tomar una decisión.		
30. Reflexiono sobre lo que hice bien y lo que hice mal.		
31. Cuando tengo un problema primero intento entender de qué se trata.		
32. Analizo cuidadosamente los problemas y sus posibles soluciones.		
33. Trato de aprender de los problemas a los que me enfrento.		

34. Ante un problema analizo los puntos de vista de las personas involucradas.		
35. Mis creencias religiosas me sostienen cuando pienso que no tengo salidas.		
36. Ante las situaciones que me generan algún problema, me consuelo con mis creencias religiosas.		
37. Me siento más tranquila(o) cuando me acerco a mi religión y a sus preceptos (reglas, normas, lineamientos).		
38. Me reprocho mis errores y fallas.		
39. Cuando estoy metida(o) en un problema me peleo conmigo misma (o).		
40. Creo que estoy manejando mal mi vida.		
41. Veo el lado favorable de lo que me sucede aunque esto pueda no ser tan agradable.		
42. Suelo reconocer el lado positivo de las personas.		
43. Cuando las cosas no van bien, yo solo me doy ánimos.		
44. Cuando recibo una crítica, pienso en lo que puedo hacer para mejorar.		
<b>RECURSOS MATERIALES</b>		
45. La dificultad económica en casa es fuerte.		
46. Cuento con tiempo libre para hacer las cosas que me gustan.		
47. Contaría con el dinero que podría necesitar, si quisiera salir a divertirme con mis amigos(as).		
48. Siento que mi ropa esta ya vieja y pasada de moda.		
49. Me siento incomoda (o) con la ropa que tengo.		
<b>RECURSOS INSTRUMENTALES</b>		
50. Trato de llevarme muy bien con las personas que me rodean.		
51. Soy capaz de hacer nuevos amigos.		
52. Intento tener siempre un tiempo disponible para las personas que me rodean.		
53. Puedo comunicar mis ideas con claridad a quienes me rodean.		
54. Trato de encontrar el lado positivo de las situaciones que vivo.		
55. Sin que me pidan ayuda, yo la ofrezco (fuese quien fuese).		
56. Busco ayudar a persona que estén pasando por una situación parecida a la mía para que batallen como yo.		
57. Busco como ayudar a otros.		
58. Si alguien me pide ayuda y puedo, le ayudo.		
59. Varias personas saben que pueden contar conmigo.		
60. Me hace sentir bien el ofrecer ayuda a otros.		

## ANEXO 12

## JUICIO DE EXPERTOS

$$\sum R^L = \frac{0,7 + 0,8 + 1 + 1 + 0,9 + 0,7 + 0,7 + 0,8 + 0,8 + 1}{10} = 0,77$$

**FORTISIMO = +0,75 - 1**

Como se puede observar nuestro valor calculado para el instrumento de medición nos da un coeficiente de 0,77 (R de Finn), lo que nos lleva a asumir que la validez del instrumento es **FORTISIMO**.

## ANEXO 13

## CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

## VARIABLE 1: DEPRESIÓN

## Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Casos Válido	50	100,0
Excluido <sup>a</sup>	0	,0
Total	50	100,0

Como se puede observar nuestro valor calculado para el instrumento de medición nos da un coeficiente de 0,846 (alfa de Cronbach), lo que nos lleva a asumir que nuestro instrumento para medir la prevalencia de depresión es **MUY CONFIABLE**.

## Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
<b>0,846</b>	<b>21</b>

## VARIABLE 2: FACTORES ASOCIADOS

## Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Casos Válido	50	100,0
Excluido <sup>a</sup>	0	,0
Total	50	100,0

Como se puede observar nuestro valor calculado para el instrumento de medición nos da un coeficiente de 0,518 (alfa de Cronbach), lo que nos lleva a asumir que nuestro instrumento para medir los factores asociados es **CONFIABLE**.

## Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
<b>0,518</b>	<b>50</b>

.....  
M(O). SIPAN VALERIO, GUSTAVO AUGUSTO  
**Presidente**

.....  
M(a) MARIA ISABEL, CURAY OBALLE  
**Secretaria**

.....  
MARGARITA BETZABÈ, VELÀSQUEZ LOYOLA,  
**Vocal**

.....  
JUANA OLINDA, NICHÒ VARGAS  
**Asesora**