

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

DETERMINANTES SOCIALES Y PSICOPATOLÓGICOS RELACIONADOS AL
TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD
PSIQUIÁTRICA INFANTO-JUVENIL DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTO
SOCORRO, DICIEMBRE 2018 - JUNIO 2019.



Trabajo de grado presentado por: Joel Arturo Suncar Urbáez y Daniel Alejandro Pierre
Ramírez por el título de:
DOCTOR EN MEDICINA

Los conceptos expuestos en la
presente tesis son de exclusiva
responsabilidad de los sustentantes

Distrito Nacional: 2020

CONTENIDO

Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
I.1. Antecedentes	2
I.2. Justificación	4
II. Planteamiento del problema	6
III. Objetivos	7
III.1 General	7
III.2. Específicos	7
IV. Marco Teórico	8
IV.1 Trastorno de Depresión Mayor	8
IV.1.1 Reseña histórica de la depresión infanto-juvenil	8
IV.1.2 Definición	9
IV.1.3 Clasificación	10
IV.1.4 Etiología	11
IV.1.4.1 Factores biológicos	11
IV.1.4.1.1 Causas genéticas	11
IV.1.4.1.2 Sistemas neurotransmisores	14
IV.1.4.1.3 Factores neuro-endocrinos	16
IV.1.5 Epidemiología	18
IV.1.6 Manifestaciones clínicas	18
IV.1.6.1 Síntomas clínicos en la depresión infanto-juvenil según edad	19
IV.1.7 Diagnostico	19
IV.1.7.1 Diagnóstico diferencial	22
IV.1.8 Tratamiento	22
IV.1.8.1 Manejo de la depresión leve	22
IV.1.8.2 Manejo de la depresión moderada- severa	23
IV.1.8.3 Psicoterapia	23
IV.1.8.4 Tratamiento farmacológico	24
IV.2 Determinantes Sociales	26
IV.2.1 Conceptos	26
IV.2.2 Modelos de los determinantes sociales de la salud	27
IV.2.2.1 Modelo de Dahlgren y Whitehead	27
IV.2.2.2 Modelo de Diderichsen, Evans y Whitehead	28
IV.2.2.3 Modelo de Mackenbach	29
IV.2.2.4 Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson	29
IV.2.2.5 Modelo de la comisión de determinantes de la salud	30
IV.2.2.5.1 Determinantes estructurales	30
IV.2.2.5.2 Determinantes intermedios	32

IV.2.3 Circunstancias psicosociales	32
IV.2.3.1 Estrés	32
IV.2.3.1.1 Modelos de estrés	33
IV.2.3.2 Afrontamiento	34
IV.2.3.2.1 Estilos y estrategias de afrontamiento	34
IV.2.3.3 Apoyo social	36
IV.2.3.3.1 Mecanismos de acción del apoyo social en la salud	37
IV.2.3.3.2 Dimensiones	37
IV.2.3.3.3 Fuentes de apoyo social	38
IV.2.3.4 Redes sociales	39
IV.2.3.4.1 Dimensiones	39
IV.2.3.4.2 Niveles de abordaje en el campo de la salud	39
IV.2.4 Factores comportamentales	39
IV.2.4.1 Actividad física	39
IV.2.4.2 Consumo de sustancias	40
IV.2.5 Cohesión social	41
IV.2.6. Aislamiento social y soledad	41
IV.2.6.1 Aislamiento social	41
IV.2.6.2 Soledad	42
V. Operacionalización de las variables	43

VI. Material y métodos	48
VI.1. Tipo de estudio	48
VI.2. Demarcación geográfica	48
VI.3. Universo	48
VI.4. Muestra	48
VI.5. Criterios	49
VI.5.1. De inclusión	49
VI.5.2. De exclusión	49
VI.6. Instrumento de recolección de datos	49
VI.7. Procedimientos.	50
VI.8. Tabulación	50
VI.9. Análisis	50
VI.10. Aspectos éticos	51
VII. Resultados	52
VIII. Discusión	67
IX. Conclusiones	70
X. Recomendaciones	71
XI. Referencias	72
XII. Anexos	84
XII.1. Cronograma	84
XII.2. Consentimiento informado	85
XII.3. Instrumento de recolección de datos	87
XII.3.1. Inventario de depresión de Beck II (BDI-II)	87
XII.3.2. Cuestionario de determinantes sociales y psicopatológicos	92
XII.4. Costos y recursos	98
XII.5. Evaluación	99

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien con su ayuda ha hecho posible el alcanzar nuestras metas; gracias por darnos la sabiduría necesaria para poder transitar por este sendero.

A la UNPHU por ser cuna de enseñanza, por abrirnos sus puertas para enriquecernos de los métodos y conocimientos para poder alcanzar hoy nuestros objetivos.

Al Hospital Materno Infantil Santo Socorro y a su Unidad Psiquiátrica Infanto–Juvenil, por permitirnos el acceso a su institución y proporcionarnos los medios y el apoyo para realizar nuestra investigación.

A cada uno de nuestros profesores, quienes con su labor nos proveyeron de los conocimientos y experiencias necesarias para nuestra formación como profesionales.

A nuestros asesores, Dra. Jannette Báez, Dr. Luis Ortega y Dr. Rubén Darío Pimentel, quienes nos brindaron la ayuda y las orientaciones necesarias para la realización de nuestra investigación.

DEDICATORIAS

A Dios por darme la vida y estar conmigo en todos los proyectos de mi vida pues me dio fuerzas cuando creía que no podía más y sin él no hubiese podido concluir esta parte de mi carrera.

A mi padre Fernando Arturo Suncar Hernández

Por todos los sacrificios que has hecho por mí a lo largo de tu vida, por siempre brindarme tu consejo oportuno en mis momentos de necesidad y por ayudarme a seguir adelante sin importar las circunstancias manteniendo siempre en alto mi fe.

Te amo y espero que todas tus enseñanzas perduren con el paso del tiempo.

A mi madre Mariana Arelis Urbáez Romero

Por ser mi ejemplo a seguir a lo largo de mi vida, por sacrificar tu vida a la medicina pediátrica de este país y por el amor de madre que me ayudo a salir de las situaciones difíciles y formarme como profesional.

Te amo y gracias por ser una madre maravillosa.

A mi hermana Karina Aileen Suncar Urbáez

Por ser fuente de apoyo y por contribuir con este triunfo, por ser una de mis mayores ayudas cada vez que las he necesitado.

Gracias mi querida hermana.

A mis tíos

Miguel, María, Yolanda, Milta y Miledys, por todo lo que han contribuido en mi formación como persona y profesional.

Muchísimas gracias

A mis primos

Miguel, Ángel y Luz, por a ayudarme en diferentes momentos de mi trayectoria y por brindarme el apoyo para realizarme como profesional.

Los quiero mucho

A mi Novia Hilmary Francheska Franco Fernandez

Por tu presencia, tu amor y apoyo los cuales me han permitido crecer como ser humano y como profesional.

Te amo.

A todos mis compañeros de carrera

Por convivir y luchar a mi lado a los largo de esta trayectoria, por sus contribuciones a mi formación.

Les deseo éxito y bendiciones.

Dr. Joel Arturo Suncar Urbáez

DEDICATORIAS

A mis padres Leslie Ramírez y Alejandro Pierre

Por haberme enseñado tanto, inculcarme los valores que me han seguido a lo largo de mi vida y por apoyarme en mi carrera desde principio a fin.

Muchas gracias los amos

A mi abuela Daysi Risk

Que siempre ha estado ahí para cada etapa de mi vida.

A mis maestros, Dr. Hector Isaac Pillot y el Dr. Enrique Jiménez Then

Por cambiar mi manera de ver la medicina como carrera y estilo de vida, por volverme tanto mejor persona como mejor medico

A mi maestro Dr. José Asilis Zaiter

Por siempre confiar en mí e incitarme a trabajar duro para conseguir todo lo que quiero de la vida.

A todos mis compañeros

Que con sus virtudes y defectos dejaron un aprendizaje académico y de vida.

A mis hermanas de vida que me dio la medicina

Andrea García, Laura Sánchez, caridad espinal y Emily Almanzar. Por tantos momentos y recuerdos de esta gran etapa que vivimos juntos.

A mi compañero de tesis

Joel Suncar, que trabajo conmigo arduamente para llevar a cabo este trabajo de grado.

No siempre fue fácil pero con dedicación lo logramos.

Dr. Daniel Alejandro Pierre Ramírez

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y transversal con el objetivo de conocer los determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor en los adolescentes de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro, durante el periodo Diciembre 2018-Junio 2019

Se evaluaron 73 adolescentes que fueron consultados e ingresados por trastorno de depresión mayor en la unidad psiquiátrica infanto-juvenil. Se presentaron 33 (45.2%) pacientes con depresión severa seguido de 30 (41.1%) con depresión moderada y 10 (13.7%) pacientes con depresión leve. Las edades más afectadas fueron las de 14-16 año (56.2%) siendo el sexo más afectado el femenino con un total de 52 casos (71.2%). 14 casos (19.25%) eran de procedencia rural. En lo referente a la escolaridad 21 casos (28.8%) presentaron un nivel que no correspondía con su edad, 8 casos (11%) no estudiaban al tener un trabajo ocasional y 5 casos (6.8%) no trabajaban ni asistían a ningún centro educativo. En 39 casos (49.3%) se presentaron antecedentes familiares confirmados de depresión mayor en familiares de primer grado. Dentro de los factores comportamentales 51 casos (69.9%) no realizaban ninguna actividad física, 30 casos (41.1%) consumían alcohol, 13 casos (17.8%) eran fumadores y 10 casos (13.7) consumían otro tipo de sustancias psicoactivas. En 33 casos (45.2%) los adolescentes procedían de familias reconstituidas y en 18 casos (24.6%) los pacientes procedían de familias monoparentales. La violencia estuvo presente en 61 casos (83.6%) siendo la más frecuente la violencia psicológica con un total de 27 casos (44.3%). Los estresores asociados más frecuentemente a la depresión fueron el conflicto con los padres reportándose 54 casos (74%) seguido de problemas en las relaciones con sus amigos con 49 casos (67.1%) y los problemas académicos en 37 casos (50.7%). El apoyo social percibido fue menor del esperado para un total de 46 casos (63%).

Palabras claves: depresiones mayores, adolescentes, determinantes sociales, determinantes psicopatológicos.

ABSTRACT

A prospective study was carried out analyzing through a survey the social and psychopathological determinants present in adolescents admitted to the Youth Psychiatric Unit of the Maternal and Infant Hospital Santo Socorro, during the period of December 2018-June 2019.

The objective of this research was to identify the social and psychopathological determinants related to Major Depressive Disorder (MDD) in adolescents.

Seventy-three adolescents who were consulted and admitted for major depressive disorder in the child-juvenile psychiatric unit were evaluated. There were 33 (45.2%) patients with sever depression followed by 30 (41.1%) with moderate depression and 10 (13.7) patients with mild depression. The most affected age group were those from 14-16 years old (56.2%), with females being the most affected sex with a total of 52 cases (71.2%). Concerning origin; 14 cases (18.25%) came from rural areas. Regarding schooling; 21 cases (28.8%) presented a level that did not match their age, 8 cases (11%) did not study at all since they had jobs and 5 cases (6.8%) had neither a job nor an education.

In 39 cases (49.3%) there was a confirmed family history of major depressive disorder from a first-degree relative. Among the behavioral factors; 51 cases (69.9%) did not perform any physical activity en a regular basis, 30 (41.1%) consumed alcohol, 13 (17.8) were smokers and 10 cases (13.7%) consumed another type of psychoactive substance. Regarding familiar structure; in 33 cases (45.2%) the adolescents came from reconstituted families and in 18 cases (24.6%) the patients came from single-parent households. Some type of violence was present in 61 cases (83.6%), the most frequent being psychological with a total of 27 cases (44.3%). The stressor most frequently associated with depression were conflicts with parents, reported in 54 cases (74%) followed by problems in relations, with friends with 49 cases (67.1%) and academic issues, present in 37 cases (50.7%). The perceived social support was lower than expected for a total of 46 cases (63%).

Key words: major depressions, adolescents, social determinants, psychopathological determinants.

I. INTRODUCCION

El Trastorno de Depresión Mayor (TDM) en adolescentes es un importante problema de salud pública debido a su prevalencia, inicio temprano, recurrencia e impacto en el individuo, la familia y la comunidad.¹

Al igual que la depresión en la edad adulta, la depresión juvenil es bastante común. Las tasas de prevalencia a un año para el TDM van del cuatro al siete por ciento en la adolescencia. De acuerdo con la *National Comorbidity Survey* (NCS), la prevalencia de vida del TDM en adolescentes de 14 a 18 años es del 14%, y se estima que el 20% de los adolescentes tendrán un trastorno depresivo antes de los 18 años.²

Según el *Global Burden of Disease study* del 2013, el TDM es junto a los trastorno de conducta y los desórdenes de ansiedad una de las principales causas de discapacidad entre los niños mayores y los adolescentes.³ Se ha asociado con resultados funcionales y psiquiátricos negativos a largo plazo, incluido el deterioro en la escuela, el trabajo, las relaciones interpersonales, el abuso de sustancias y desarrollo de conductas suicidas.²

Aunque se han explorado tratamientos exitosos para la depresión juvenil, como los antidepresivos, las intervenciones cognitivo-conductuales y la psicoterapia interpersonal, se ha encontrado que estos tratamientos solo funcionan el alrededor del 50 al 60 por ciento de los casos.²

Estudios longitudinales de muestras de población basadas en comunidades clínicas sugiere que entre el 60 a 90 por ciento de los episodios de depresión en adolescentes remiten dentro de un años. En los estudios de seguimiento el 50 a 70 por ciento de los pacientes que remiten desarrollan episodios subsecuentes dentro de 5 años.⁴

Dada la alta prevalencia y los costos de la depresión juvenil, la conexión entre la depresión de inicio temprano y la recurrencia en la edad adulta, el deterioro asociado con la depresión juvenil y la dificultad para tratar la depresión una vez que se ha desarrollado, se justifican los esfuerzos para prevenirla.²

La identificación de adolescentes en riesgo de desarrollar depresión es el primer paso para prevenirla, y la presencia de los factores de riesgo y/o los síntomas subsindrómicos son la clave para esto.⁵

Por lo que proveer de información sobre los factores riesgo del TDM y su influencia en la sintomatología depresiva resulta importante para disminuir la carga de la depresión adolescente y adulta en la sociedad. Es importante lograr involucrar a los adolescentes para cuidar su propia salud mental y asegurarles el acceso oportuno a los servicios a fin de limitar las consecuencias producidas por este trastorno.

I.1. Antecedentes.

En Colombia en el año 2012, los investigadores Hoyos E., Lemos M. y Torres Y. realizaron un estudio cuyo objetivo era evaluar la asociación de los factores de riesgo y protección de la depresión, en adolescentes de la ciudad de Medellín. La población de estudio fue de 3690 adolescentes. En los resultados se encontró que un total de 3245 adolescentes con depresión, los cuales mostraron resultados negativos para cohesión familiar 5,1 por ciento, en la escala de relación con el padre un 34 por ciento, escala de relación con la madre en un 9,2 por ciento, escala de espiritualidad un 49,8 por ciento, escala social 63,1 por ciento, escala para el área académica un 54,5 por ciento, en la escala de autoestima un 22 por ciento, escala de ansiedad un 51,2 por ciento y la escala de relación con los maestros un 79,7 por ciento.⁶ Se concluyó que la baja cohesión familiar y las dificultades en la relación con el padre son los dos factores de riesgo más relevantes en los adolescentes de la ciudad de Medellín, además de la edad y el sexo. Otros factores que se señalan son las dificultades sociales, la presencia de ansiedad, las dificultades académicas y la relación con el maestro.⁶

En México en el año 2014, los investigadores Rivera L., Hernández P., Pérez B., Leyva A. y Castro F. realizaron un estudio sobre factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas Públicas de México. La muestra estuvo conformada por 9982 estudiantes. La media de edad fue de 16 años. El 55 por ciento de los estudiantes fueron mujeres y el 45 por ciento

fueron hombres. Se observó que de esta población el 27 por ciento de los estudiantes presento sintomatología depresiva. Las mujeres se vieron afectadas en mayor proporción, un 34 por ciento, en comparación con los hombres quienes la presentaron en un 18 por ciento.⁷ De los estudiantes con sintomatología depresiva el 64 por ciento presentaron baja autoestima, el 66 por ciento había consumido alcohol, el 69 por ciento había consumido tabaco, el 11 por ciento había consumido alguna vez drogas, el 60 por ciento era víctima de violencia intrafamiliar, el 35 por ciento presento un nivel socioeconómico bajo y la comunicación entre padres e hijos fue baja en un 53 por ciento.⁷

En este estudio se encontró que tener baja autoestima, el consumo de alcohol y drogas y la violencia intrafamiliar se asocia fuertemente como factores de riesgo con sintomatología depresiva. También se encontró que un nivel de comunicación alto con los padres constituye un factor protector de sintomatología depresiva.⁷

En Colombia en el años 2016, los investigadores Ossa A., Sánchez A., Mejía C. y Bareño j. realizaron un estudio de prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes entre 13 y 17. La muestra del estudio fue de 1520 adolescentes. De los 108 adolescentes que se detectaron con depresión mayor, el 19,4 por ciento presento antecedentes familiares de depresión, el 93,5 por ciento afirmo el consumo de sustancias legales, el 18,5 por ciento de sustancias ilegales, el 88 por ciento presento violencia intrafamiliar o factores estresantes en la convivencia, el 61 por ciento experimento perdida de una relación y el 100 por ciento de los pacientes con depresión mayor no presentaron cohesión familiar.⁸

A partir de estos resultados se planteó que los factores que explican el riesgo de sufrir depresión en el adolescente son el sexo, la espiritualidad, los antecedentes familiares, el consumo de sustancias, la violencia intrafamiliar y la perdida de una relación.⁸

En el año 2013 en Lima, Perú, la investigadora Gordillo M. realizo un estudio sobre los factores de riesgo asociados a depresión en niños y adolescentes del Hospital Nacional Guillermo Almera Irigoyen. El estudio estuvo conformado por 290 pacientes, 145 casos de depresión mayor y 145 casos controles. En relación al análisis de frecuencia de las variables estudiadas, encontró que el 75,55 por ciento

de los pacientes eran adolescentes. El 53 por ciento de los casos tuvieron algún familiar de primer grado con diagnóstico de un trastorno depresivo y entre ellos el más importante es la madre con un 44.8 por ciento. Con respecto a la desarmonía familiar, el grupo de casos obtuvo un 37.9 por ciento, donde se observó que la separación de los padres fue la variable más frecuente. El 44,8 por ciento de los casos presentaron familiares con enfermedad crónica grave. En cuanto al abuso de sustancias se observó que el 19,3 por ciento de los casos presente este antecedente. La violencia intrafamiliar de mayor frecuencia fue la violencia psicológica para el 28,3 por ciento de los casos. El estresor social más frecuente fue el conflicto con compañeros de clases en un 44.8 por ciento de los casos. ⁹

Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la depresión y el abuso de sustancias, la desarmonía familiar, la violencia intrafamiliar, el diagnóstico de un familiar de primer grado y el conflicto con los padres.⁹

En nuestro país existe una carencia de investigación en el área de depresión infantojuvenil en las últimas décadas y más aún en lo que es el estudio tanto del ambiente en que se desarrollan los jóvenes que sufren estas patologías, como la relación que estos factores podrían tener sobre la aparición y/o desencadenamiento de ellas. Aun así conocemos que es un gran problema para nuestra sociedad dado que en el informe del 2017 de la OMS la República Dominicana se encuentra entre los 10 países de Latinoamérica con más alta prevalencia de la depresión: 4.7%¹⁰. Un problema que puede llevar a consecuencias tan graves como el suicidio el cual fue descubierto como la tercera causa de muerte más común entre jóvenes desde los 10 hasta los 25 años en el mismo estudio.

En nuestro país el Observatorio de Seguridad Ciudadana registró en su último reporte 3,629 casos de suicidios desde 2011 hasta el primer trimestre del año 2017. Cifras que apuntan a un aumento sostenido comparado con cifras anteriores¹¹.

I.2. Justificación.

Una de las grandes dificultades que se presenta en los países en vía de desarrollo es la falta de datos, la poca validez en la recolección de los mismos, la carencia de un sistema confiable y estructurado en el cual almacenarlos, procesarlos y poder

hacer seguimiento. Aunque existen estudios a nivel nacional relacionados con salud mental, aún no se ha abordado profunda y exhaustivamente este tema a nivel de la población adolescente, la cual de acuerdo con la revisión presentada, presenta condiciones que permiten considerarla vulnerable dada la etapa de transición y de toma de grandes decisiones propias de la misma.

La sintomatología depresiva iniciada antes de los 21 años supone un riesgo particular, ya que estos pacientes presentan un primer episodio de mayor duración, ratios más elevados de recurrencia y comorbilidad y hospitalizaciones más largas.¹²

Los adolescentes afectados por el TDM corren con un peor pronóstico, con pérdida de habilidades sociales, cognitiva e interpersonales; bajo rendimiento académico; incremento en el uso de tratamientos; y un incremento significativo en las conductas de riesgo y el suicidio.¹

Debido a que la depresión no está suficientemente diagnosticada, los profesionales que atiende a los adolescentes deben ser conscientes de la posibilidad de este diagnóstico, especialmente en grupos de alto riesgo.⁵

En vista de la discapacidad asociada con la depresión en adolescentes, la prevención y el tratamiento en el inicio del trastorno es importante.⁵ Las intervenciones efectivas para la prevención de la depresión deben dirigirse sobre todo a minimizar los factores de riesgo, por lo que estos deberían ser claramente identificados.¹²

El presente estudio se argumenta por la escasa investigación en nuestro medio de estos factores en el trastorno depresivo y por la repercusión claramente negativa de estos trastornos, tanto en el paciente como en la sociedad. Al identificar los determinantes psicopatológicos y sociales en los casos de trastornos depresivos en nuestra población adolescente y a su vez establecer como estos influyen en la gravedad de la sintomatología, pretendemos que pueda servir de referencia para futuras investigaciones o en el proceder profesional de los que a diario se enfrentan a esta problemática, ya sea con una mejora en las habilidades diagnosticas mediante el uso de cuestionarios dirigidos a el ambiente que rodea al paciente o con una mejor identificación de la población en riesgo juzgando por un ambiente conocido en el que el paciente se desenvuelve.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Según las estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el número total de personas viviendo con depresión en el mundo es de 322 millones.¹⁰

En los últimos años, se ha visto un aumento considerable en la prevalencia de la depresión en todo el mundo y, al mismo tiempo, una disminución en la edad de inicio.¹³ Entre el 2005 y el 2015 se estima que el número total de personas viviendo con depresión incremento un 18.4 por ciento.¹⁰

En adolescentes, el trastorno de depresión mayor, es una condición común y un problema psiquiátrico serio. La prevalencia en adolescentes se encuentra en un rango de 2 a 6 por ciento, con un 20 por ciento de todos los adolescentes experimentando algún síntoma depresivo.¹⁴

Para llevar a cabo el diagnóstico oportuno de este padecimiento, se sugiere una evaluación médica completa, así como, entrevistas con los padres, la identificación de múltiples factores, dentro de los cuales se puede mencionar el comportamiento suicida; los factores psicopatológicos; problemas interpersonales, problemas familiares; entre otros.¹⁵

Aunque existen múltiples estudios sobre la depresión en los adultos, hay pocos estudio en la población infantil y adolescente.¹³

La importancia de profundizar en aspectos claves de la depresión mayor en niños y adolescentes se justifica por la magnitud del problema, tanto en el ámbito de la salud como en el social, y por la demanda generada por las diversas áreas del sistema de sanidad involucradas en el manejo de esta patología.¹³

Ante la necesidad de desarrollar nuevos estudios orientados en este tema en nuestro país, nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los determinantes sociales y psicopatológicos que afectan a los adolescentes que acuden a la consulta psiquiátrica de la unidad infanto-juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro en el periodo Diciembre 2018- Junio 2019?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Establecer los determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor en los adolescentes de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro, Diciembre 2018-Junio 2019

III.2. Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de los adolescentes con trastorno depresivo que acuden a la consulta de la Unidad Psiquiátrica.
2. Determinar el número de adolescentes que cumplen con los criterios diagnósticos para un episodio de depresión mayor.
3. Identificar la gravedad de la sintomatología depresiva de los adolescentes.
4. Identificar cuáles son las características sociodemográficas que funcionan como factores de riesgo más importantes para el desarrollo de trastornos depresivos en los adolescentes.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Trastornos de depresión mayor

IV.1.1. Reseña histórica

La historia de la depresión infanto-juvenil podría dividirse en cuatro etapas: 1) Periodo inicial, con referencias al concepto de melancolía; 2) siglo XIX; 3) la primera mitad del siglo XX, con una progresiva fijación del término “depresión” y su creciente interés; 4) segunda mitad del siglo XX, con abundante producción bibliográfica y análisis detallados sobre la enfermedad depresiva.¹³

Periodo inicial

En 1621 La anatomía de la melancolía de Robert Burton daba importancia a las experiencias durante la infancia y la educación percibida.¹³

En 1755 Baker afirma que un niño puede enfermar por influencia de las emociones.¹³

En 1807 Parkinson admite la existencia y aparición de una forma de melancolía en niños.¹³

En 1845 Griesinger señala que la manía y la melancolía se observan también en los niños.¹³

En 1852 Delasiauve escribe el primer texto monográfico sobre psiquiatría infantil.¹³

Siglo XIX

Se escriben textos de psiquiatría infantil y monografías sobre la patología mental infantil, existen referencias numerosas al suicidio infantil y aparece el primer caso registrado en la literatura de “nostalgia infantil”, Descuret 1855.¹³

Primera mitad siglo XX

Es importante destacar las aportaciones del Psicoanálisis. La parte más ortodoxa de esta corriente se negó a admitir las depresiones en la infancia, aunque otros psicoanalistas contradijeron esta idea. Se discutía si la depresión infantil podía ser considerada una entidad real y sólida, puesto que algunos psicoanalistas habían establecido que si la presencia de un superyó internalizado, plenamente desarrollado, no podía aparecer la enfermedad depresiva, con lo que el posible

comienzo de la depresión habría que situarlo en la adolescencia y los niños quedaban excluidos de padecer una verdadera depresión.¹³

En 1933 Stern hace una descripción valiosa de alguna de las características del niño deprimido.¹³

Segunda mitad siglo XX

En 1970 Rutter presenta el primer trabajo de hijos de padres depresivos.¹³

La “Teoría de la depresión enmascarada”, término que se usó por Kielholz, en 1959 para designar a un tipo de depresión en el adulto; posteriormente fue transferido a la psiquiatría infantil por Neisser. Se aplicaba a las molestias somáticas, los problemas de conducta y las manifestaciones de delincuencia, las cuales se asignaban al modo especial de manifestarse habitualmente la depresión en la edad prepuberal, dejando claro que no suponen una representación como máscara oculta de la depresión subyacente, sino que constituyen la expresión semiológica propia de la depresión a estas edades.¹³

En 1971 se celebró en Estocolmo el IV congreso europeo de paidopsiquiatría, cuyo tema central fueron los estados depresivos en niños y adolescentes.¹⁶

En 1975, el National Institute of Mental Health (NIMH) defendió la existencia de la depresión infantil.¹⁶

En 1976 el *Group for the Advanced of Psychiatric Association*, incluyó el trastorno en su sistema diagnóstico.¹⁶

En la actualidad las Clasificaciones Internacionales de las enfermedades mentales, como CDI-10 y el DSM-V-TMR, coinciden en clasificar las depresiones infantiles y adolescentes en la misma entidad que la de los adultos, aunque con ligeras modificaciones.¹³

IV.1.2. Definición

La depresión es definida como una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por lo menos dos semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa y con varios

episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios.¹⁷

En todas las edades, las características prominentes de los trastornos depresivos incluyen alteraciones en el estado de ánimo, depresión o irritabilidad, cambios concomitantes en el sueño, el interés en las actividades, sentimientos de culpa, pérdida de energía, problemas de concentración, cambios en el apetito, el procesamiento psicomotor (retraso o agitación), e ideación suicida.¹⁷

Su aparición en la infancia y la adolescencia supone un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y por el incremento en la morbilidad y mortalidad.¹⁸

IV.1.3. Clasificación

Clasificación según del DSM V

Por número de episodios

Trastorno de depresión mayor de episodio único: Periodo de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.¹⁹

Trastorno de depresión mayor de episodio recurrente: Se considera un episodio recurrente si existe un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplan los criterios para un episodio de depresión mayor.¹⁹

Según gravedad actual del cuadro

Trastorno de depresión mayor leve: pocos o ningún síntoma más de los necesarios para cumplir con los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar manejable y los síntomas producen deterioro en el funcionamiento social o laboral.¹⁹

Trastorno de depresión moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y el deterioro funcional están entre los especificados para “leve” y “grave”.

Trastorno de depresión Severo: El número de síntomas supera notablemente los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar no manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.¹⁹

Por la presencia de características psicóticas

Trastorno de depresión mayor con características congruentes con el estado de ánimo: Presencia de delirios y/o alucinaciones en los que el contenido está en consonancia con los temas depresivos típicos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.¹⁹

Trastorno de depresión mayor con características no congruentes con el estado de ánimo: Presencia de delirios y/o alucinaciones que no implican los temas depresivos típicos.¹⁹

Por el estado de remisión

Trastorno de depresión mayor en remisión parcial: Los síntomas del episodio de depresión mayor anterior están presentes sin que se cumplan los criterios de depresión mayor. Este periodo dura menos de dos meses después del episodio depresivo.¹⁹

Trastorno de depresión mayor en remisión total: ausencia durante los últimos dos meses de signos o síntomas significativos del trastorno.¹⁹

IV.1.4. Etiología

IV.1.4.1. Factores biológicos

IV.1.4.1.1. Factores genéticos

El trastorno depresivo mayor forma parte del grupo de enfermedades denominadas genéticamente complejas, en la que tanto los factores genéticos como los ambientales juegan un papel fundamental en su etiología.²⁰

Las enfermedades complejas, aunque tienen una base genética, no siguen un patrón clásico de herencia mendeliana. En general, se considera que el modelo del umbral de susceptibilidad sería uno de los que mejor explicarían la transmisión de la

enfermedad. Este modelo asume que la variable “susceptibilidad para desarrollar enfermedad” se distribuye de forma continua en la población, de tal manera que sólo aquellos individuos que sobrepasen un determinado umbral manifestaran el trastorno. Se plantea que en la base de esta herencia compleja estarían involucrados una serie de genes de efecto menor cuya expresión podrían estar modulada por un gran número de factores ambientales.²⁰

Estudios de ligamento

Entre los análisis llevados a cabo en depresión mayor cabe destacar algunos estudios de ligamento que han permitido identificar genes candidatos para este trastorno.²⁰

Uno de los resultados más interesantes corresponde al cromosoma 11. La región cromosómica 11p15.5 contiene genes que han sido considerados candidatos para el TDM tales como la Tyrosina hidroxilasa (TH), enzima clave en la síntesis de dopamina. Algunos estudios han demostrado que la inhibición de la TH puede causar síntomas depresivos en sujetos sanos.²⁰

Otro de los resultados interesantes se encuentra en la región cromosómica 17q11.2. Esta región cromosómica alberga el gen transportador de serotonina (SLC6A4), el cual ha cobrado gran importancia en los estudios de interacción gen-ambiente.²⁰

Un estudio reciente ha mostrado evidencia de ligamiento con la región cromosómica 2q33.34 en la que se encuentra el gen CREB1. Este gen codifica para el factor de transcripción CREB1 que regula la expresión de factores de crecimiento involucrados en la sinaptogénesis y neurogénesis.²⁰

Estudios de asociación

Los estudios de asociación genética representan una alternativa a los estudios de ligamiento y una de las mejores estrategias para la identificación de genes responsables de enfermedades genéticamente complejas, en las que no existe ningún modelo de herencia conocido, y donde probablemente están involucrados numerosos genes de efecto menor.²⁰

En estos estudios, el factor de riesgo analizado es siempre un marcador o polimorfismo genético, normalmente situado en un gen candidato para la enfermedad. Un meta-análisis de estudios de asociación genética en depresión mayor en el que se han analizado 20 polimorfismos distribuidos en 18 genes mostros que cinco de estos genes (APOE, GNB3, MTHFR, SLC6A3 y SLC6A4) presentan una asociación estadísticamente significativa con la depresión mayor.²⁰

El gen SLC6A4 ha sido uno de los más estudiados ya que codifica para la proteína que es diana terapéutica de los fármacos selectivos de la inhibición de la recaptación de serotonina. Este gen codifica para el transportador de serotonina y presenta un polimorfismo (5-HTTLPR) en la zona promotora, con dos variantes alélicas: la 528 (L) y la 484 (S). Estudios realizados *in vivo* determinan que la presencia del alelo corto 484 se asocia a una menor expresión del gen y, en consecuencia, a un menor número de transportadores de serotonina en la membrana neuronal. Asimismo, diferentes estudios de asociación han descrito la relación entre la presencia del alelo corto polimorfismo 5-HTTLPR tanto con la presencia de rasgos de severidad de la depresión (suicidio o melancolía) como con una mayor vulnerabilidad para desarrollar depresión mayor cuando se ha padecido maltrato en etapas infantiles.²⁰

Estudios de interacción gen ambiente (GxA)

Las experiencias traumáticas tempranas como el maltrato infantil han sido descritas como uno de los factores ambientales más importantes para la aparición de la depresión mayor. Evidencias provenientes de la neurobiología y la epidemiología sugieren que acontecimientos adversos disruptores ocurridos durante el desarrollo del individuo pueden causar disfunciones en el cerebro que perduren en el tiempo. El impacto en la neurobiología del cerebro de este tipo de acontecimientos esta moderado por una determinada variabilidad genética individual, y según la literatura, tanto el gen que codifica para el trasportador de serotonina, como el gen que codifica para el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) parecerían jugar un papel clave modulando el impacto del maltrato en la infancia y el riesgo de la aparición de sintomatología depresiva en la edad adulta. De esta manera, las experiencias

tempranas pueden afectar al desarrollo del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) y a las respuestas neurobiológicas al estrés, y predisponer al individuo para el desarrollo del TDM.²⁰

IV.1.4.1.2. Sistemas neurotransmisores

La hipótesis monoaminérgica es el marco conceptual predominante que aborda la fisiopatología de la depresión mayor (DM) y establece que el síndrome se origina por la menor disponibilidad de monoaminas en el cerebro, principalmente de serotonina (5-HT), norepinefrina (NE) y dopamina (DA).²¹

La hipótesis originalmente se basa en que la mayoría de los fármacos antidepresivos aumenta el nivel cerebral de 5-HT y NA mediante la inhibición de su recaptura o su degradación enzimática.²¹

Sistema serotoninérgico

La serotonina (5-HT) es un neurotransmisor de monoamina que se sintetiza a partir del triptófano.²² Evidencia de que la serotonina desempeña un rol importante en la fisiopatología de la depresión provienen de estudios de depleción de triptófano, donde mediante la manipulación dietética aguda se produce una disminución transitoria de la serotonina a través de la disminución de la disponibilidad de su precursor. En participantes sanos sin factores para depresión, la depresión de triptófano no produce cambios significativos en el estado de ánimo, sin embargo en pacientes depresivos recuperados pueden mostrar sintomatología depresiva clínicamente significativa. Esta evidencia sugiere que el deterioro de la serotonina puede causar depresión clínica en determinadas circunstancias.²³

Transportador de serotonina

Al igual que el triptófano y otros aminoácidos, la serotonina es hidrófila e incapaz de cruzar fácilmente las membranas celulares o la barrera hematoencefálica. Esta propiedad la hace incapaz de difundirse nuevamente dentro de las neuronas después de su liberación, requiriendo de un mecanismo de transporte específico. La recaptación de serotonina se produce a través del transportador de serotonina (5-

HTT), una proteína de membrana integral ubicada en la neurona presináptica.²¹ Como se mencionó anteriormente, el polimorfismo 5-HTTLPR para el 5-HTT ha sido ampliamente examinado en relación con las dificultades de adaptación a los eventos estresantes en la vida y la posible consecuencia de un aumento del riesgo de desarrollar trastornos depresivos del estado de ánimo. Se ha demostrado que el polimorfismo del transportador de serotonina en eventos estresantes de la vida puede dar inicio a la depresión.²⁴

Sistema noradrenérgico

La patología del sistema noradrenérgico en la depresión ha sido estudiada usando una variedad de métodos, incluyendo el uso de muestras de sangre, orina, LCR, depleción de catecolaminas en pacientes vivos y tejidos cerebrales *postmortem* de sujetos deprimidos y víctimas de suicidio. De estos estudios, los estudios de depleción proporcionan algunas de las pruebas más convincentes hasta la fecha que una deficiencia de catecolaminas está directamente relacionada con los síntomas de depresión. Dos estudios independientes han mostrado que el rápido agotamiento de las catecolaminas inducido por *α-methyl-p-tyrosine* (AMPT) en pacientes con antecedentes de TDM resulta en una rápida recaída. Este hallazgo sugiere que los pacientes con depresión son susceptibles a los síntomas depresivos inducidos por la depleción de catecolaminas y NE.²⁵

Transportador de norepinefrina

El transportador de norepinefrina (NET) es un transportador dependiente de sodio encargado de la recaptación de NE en la neurona tanto para su uso cíclico, como para la terminación de la acción de la norepinefrina en la sinapsis.²⁶

Se cree que anomalías en la neurotransmisión del sistema noradrenérgico están relacionadas con la fisiopatología del TDM. Estudios recientes sobre polimorfismos del gen SLC6A2, el cual codifica para el NET, se han centrado en los polimorfismos G1287A SNP y el T-182C. Estos pueden conducir a una alteración en la actividad transcripcional y ser responsables de predisposición a la depresión.²⁷

Sistema dopaminérgico

Otra monoamina que se ha asociado durante mucho tiempo con el trastorno de depresión mayor es la dopamina (DA). Está bien establecido que la DA es necesaria para la motivación, el aprendizaje basado en recompensas y el comportamiento dirigido a objetivos y, por lo tanto, se cree esta implicada en los síntomas relacionados con la recompensa, como anhedonia, fatiga y la anergia en trastornos psiquiátricos.²⁸

Se cree que el sistema mesocorticolímbico de DA, que consiste del núcleo accumbens y el área tegmental ventral, juega un papel en la patogénesis de la depresión. Estas regiones cerebrales median en la respuesta a estímulos placenteros tales como comida, sexo e incluso drogas. Por lo tanto, una peculiar falta de placer en los pacientes deprimidos posiblemente puede explicarse como una disfunción de este circuito cerebral de recompensa.²⁹

La evidencia de neuroimágenes para sistemas de dopaminérgicos alterados en la depresión mayor proviene principalmente de PET, SPECT y estudios de provocación farmacológica. Estas investigaciones han encontrado que el trastorno de depresión mayor se asocia con cambios en la capacidad de síntesis de DA, así como cambios en la distribución regional y la disponibilidad de receptores DA, y el transportador de dopamina.²⁸

IV.1.4.1.3. Factores neuroendocrinos

Eje hipotálamo hipófisis adrenal

La activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) comienza con la síntesis del factor liberador de corticotropina (CRF, del inglés corticotropin releasing factor) por parte de las neuronas del núcleo paraventricular (NPV) del hipotálamo en respuesta al estímulo estresante. El CRF es secretado junto con la vasopresina al sistema portal hipofisario, a través del cual llega a la adenohipófisis. Aquí estimula la síntesis y la secreción de la hormona corticotrófica (ACTH). Esta ACTH es liberada al torrente sanguíneo, a través del cual alcanza sus células diana situadas en la zona fasciculada de la corteza suprarrenal. Estas células liberan glucocorticoides (GC) en respuesta a la estimulación por ACTH al torrente sanguíneo. Cuando alcanza

concentraciones determinadas en la sangre los GC inhiben la liberación de CRF y ACTH por retroalimentación negativa.³⁰

El estrés activa el eje HHA y desencadena respuestas neuroendocrinas que permiten al organismo adaptarse a los estímulos externos e internos. Sin embargo, situaciones de estrés prolongadas y desproporcionadas hace que los organismos sean susceptibles a resultados perjudiciales y puede ser un factor predisponente en el desarrollo de trastornos como la depresión mayor y la ansiedad.³¹

Altos niveles séricos de GC han sido observados en estos desordenes, indicado que una patológica hiperactividad del eje HHA puede conducir a perturbaciones en la homeostasis de varios circuitos neuronales.³¹

Factor neurotrófico

Las neurotrofinas o factores neurotróficos son una pequeña clase de proteínas encargadas de mantener la supervivencia neuronal en el desarrollo embrionario y promover la diferenciación, facilitar el crecimiento axonal, guiar la dirección del crecimiento nervioso, mantener la supervivencia de las neuronas maduras y acelerar la neurogénesis.³²

Las neurotrofinas han sido consideradas importantes y una nueva pista para el entendimiento de la patogénesis de la depresión y de los mecanismos de acción de los antidepresivos.³²

De los diferentes factores neurotróficos y de crecimiento expresados en el cerebro, los más extensamente estudiados en la depresión son el factor de crecimiento nervioso (NGF, del inglés *nerve growth factor*), el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF; del inglés *brain-derived neurotrophic factor*), la neurotrofina-3 (NT-3) y la neurotrofina (NT-4).³³

De estos el más notable ha sido el BDNF. Un polimorfismo Val66Met en el alelo Met del BDNF ha sido asociado con la disminución del volumen del hipocampo tanto en sujetos normales y en pacientes con depresión, en la disminución de la función ejecutiva y la cognición, y con alteraciones en la actividad de la corteza prefrontal y la amígdala. Se sugiere que los portadores del polimorfismo expuestos a situaciones

de estrés en la vida temprana o traumas tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión y disfunción cognitiva.³³

IV.1.5. Epidemiología

La depresión, es un trastorno que se puede presentar en cualquier periodo de la vida, siendo el inicio de la enfermedad en edades tempranas, como en la niñez y la adolescencia.³⁴

Según los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud realizada por el Ministerio de Sanidad de España en el 2012 ³⁵, la prevalencia del trastorno depresivo mayor (TDM) se estima del 1,8 por ciento en niños de 9 años, del 2,3 por ciento en adolescentes de 13 y 14 años, y del 3,4 por ciento en jóvenes de 18 años.³⁶

Antes de la pubertad, la prevalencia de depresión no difiere según sexo. Entre adolescentes, sin embargo, la prevalencia es mayor para el sexo femenino, con una razón 2:1. ³⁶

IV.1.6. Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de la depresión en niños y adolescente, se pueden englobar en tres tipos de síntomas.¹⁸

Síntomas afectivos

Los síntomas afectivos más característicos son: el humor triste o irritable, la pérdida de interés o apatía, la pérdida o disminución de la capacidad para experimentar placer con las que previamente se disfrutaba y astenia. Aparece con frecuencia aislamiento social, síntomas de angustia y ansiedad.¹⁸

Síntomas físicos

Los síntomas físicos comprenden la inquietud psicomotriz, enlentecimiento, letargia, mutismo, fatigabilidad, alteración del apetito, alteración del sueño, activación autonómica y molestias físicas inespecíficas.¹⁸

Síntomas cognitivos

Pueden presentar disminución de la capacidad de atención y concentración, fallos de memoria (olvidos, despistes), indecisión, distorsiones cognitivas negativas (de soledad, vacío, incompreensión, culpa), baja autoestima, ideas de inutilidad e ideas de muerte o suicidio.¹⁸

IV.1.6.1. Síntomas clínico en la depresión infanto-juvenil según edad

Aunque los criterios para el diagnóstico son los mismos en niños y adolescentes, el cuadro clínico puede variar considerablemente según el nivel de desarrollo.¹⁷

En los niños pequeños entre cero a seis años, se observaría un malestar y decaimiento, pérdida o no ganancia de peso, trastornos del sueño y retraso en el neurodesarrollo.¹⁸

En pre-púberes es más frecuente la irritabilidad, la anhedonia, agitación psicomotriz, quejas somáticas como cefaleas y abdominomialgias, síntomas de ansiedad y trastornos de conducta.¹⁸

En los adolescentes es más probable encontrar un ánimo triste e ideas de suicidio, irritabilidad, trastornos de la conducta y conducta de riesgo. Con frecuencia los adolescentes deprimidos presentan síntomas depresivos atípicos, como: hipersomnias, aumento del apetito, indiferencia, aplanamiento emocional y letargia.¹⁸

IV.1.7. Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico de este padecimiento, se sugiere llevar a cabo una evaluación médica completa, con entrevistas con los padres del niño, identificación de múltiples factores, dentro de los cuales se puede mencionar; comportamiento suicida, psicopatología, problemas interpersonales, familiares, entre otros.³⁴

En la entrevista clínica inicial, se debe valorar la presencia e intensidad del episodio depresivo, su repercusión funcional y la presencia de ideas de muerte y de suicidio. Se deben valorar los antecedentes personales y familiares psiquiátricos, así como la necesidad de realizar pruebas complementarias.¹⁸

Las entrevistas estandarizadas, desarrolladas habitualmente con fines de investigación, son habitualmente demasiado extensas y requieren un alto nivel de

adiestramiento. Pueden ser herramientas útiles para la práctica clínica, los listados de síntomas derivados del DSM-V o cuestionarios autoaplicados, como el cuestionario de Depresión Infantil (CDI) o el Beck depression Inventory Youth (BDI-Y).¹⁸

Criterios diagnósticos según el DSM V

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas por un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.¹⁹

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días según se desprende de la información subjetiva (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (por ejemplo, se le ve lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)¹⁹
2. Disminución importante del interés o el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).¹⁹
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo, modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)¹⁹
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.¹⁹
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).¹⁹
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.¹⁹
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).¹⁹

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).¹⁹
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o plan específico para llevarlo a cabo.¹⁹
- B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.¹⁹
- C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.¹⁹

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerada cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.¹⁹

- D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.¹⁹
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio de hipomanía.¹⁹

Nota: Esta esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maniacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica.¹⁹

IV.1.7.1. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se debe hacer con la tristeza normal, enfermedades médicas, otros trastornos psiquiátricos y consumo de sustancias. Por otra parte en la población infantil y adolescente es frecuente la comorbilidad, por lo que es preciso confirmar o descartar la presencia de otros trastornos.¹⁸

La tristeza normal hace referencia a un sentimiento de tristeza, que es proporcional al factor desencadenante o a los cambios de humor característicos de la adolescencia. En estos casos, no se asocia a deterioro significativo del funcionamiento y no se cumplen los criterios del CIE-10 y el DSM-V para el diagnóstico de trastorno de depresión.¹⁸

Las enfermedades médicas como, como infecciones crónicas (mononucleosis), enfermedades autoinmunes, endocrinas (hipotiroidismo y diabetes mellitus), déficit nutricionales graves y enfermedades neurológicas (esclerosis múltiple, epilepsia del lóbulo temporal) y procesos tumorales.¹⁸

El uso de ciertos fármacos como los estimulantes, los anticonceptivos hormonales y los corticoesteroides pueden favorecer la aparición de síntomas depresivos.¹⁸

La presencia de otros trastornos psiquiátricos, fundamentalmente los trastorno de ansiedad, trastornos de adaptación, depresión bipolar y psicosis.¹⁷

El uso de sustancias puede dar sintomatología depresiva, tanto por intoxicación aguda, uso crónico o abstinencia.¹⁸

IV.1.8. Tratamiento

IV.1.8.1. Manejo de la depresión leve

La guía CG28 de la *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* plantea que el manejo de la depresión infanto-juvenil leve comienza con un periodo de vigilancia monitorizada de cuatro semanas de duración.³⁷ Si la depresión persiste, sin signos de comorbilidad ni de ideación suicida, se procede a utilizar, durante un periodo de dos a tres meses, psicoterapia en monoterapia como tratamiento de primera línea.³⁷

Se debe tomar en cuenta nunca utilizar fármacos antidepresivos para el tratamiento inicial en la depresión infanto-juvenil leve y que su uso en pacientes con

depresión leve solo está considerado en los que no han respondido a los tres meses de psicoterapia.³⁷

Las opciones psicoterapéuticas más empleadas son la terapia cognitivo conductual y la terapia interpersonal.¹⁸ Otras modalidades empleadas son la psicoterapia familiar y la terapia dialéctica conductual.^{18,37}

IV.1.8.2 Manejo de la depresión moderada y severa

La guía CG28 plantea para el manejo inicial de la depresión infanto-juvenil moderada a severa el uso de psicoterapia en monoterapia. Si la depresión no responde después de cuatro a seis sesiones de tratamiento, se debe realizar una revisión multidisciplinaria y se ofrecerá tratamiento farmacológico en combinación con la psicoterapia concurrente.³⁷

En los casos que la falta de respuesta se presente como resultado de otros factores coexistente, como la presencia de enfermedades comórbidas o factores de riesgo psicosocial persistentes, se considera el uso de una terapia psicológica alternativa o adicional para el paciente y la inclusión de los familiares en tratamiento psicoterapéutico familiar.³⁷

IV.1.8.3. Psicoterapia

Terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual (TCC) es un modelo de psicoterapia directivo, estructurado, limitado en tiempo y orientado en objetivos, que ha sido adaptado para tratar una amplia variedad de problemas de la salud mental, como los trastornos de ansiedad, los trastornos de alimentación, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), los trastornos desafiantes de oposición (TOD) y los trastornos de depresión.³⁸

El tratamiento se fundamenta en la modificación de las conductas disfuncionales y las distorsiones cognitivas, vinculadas al origen del estado de ánimo depresivo, mediante la combinación sistemática de técnicas cognitivas y conductuales.³⁶

Las intervenciones comunes incluyen la psicoeducación, auto-monitoreo, técnicas de activación del comportamiento y reestructuración cognitiva.³⁹

Se recomienda que las TCC en adolescentes tenga una duración de 12 a 16 sesiones semanales de 60 minutos.^{36, 37}

Terapia interpersonal para adolescentes TIPS-A.

La terapia interpersonal (TIP) es un modelo desarrollado originalmente para el tratamiento de la depresión mayor no bipolar y no psicótica en adultos. El modelo original fue adaptado para adolescentes por *Mufson et al* recibiendo el nombre de terapia interpersonal para adolescentes (TIP-A).^{38, 40}

La TIP-A aborda las áreas problemáticas y los entornos sociales inmediatos del adolescente con el objetivo de reducir los síntomas que contribuyen a la sintomatología depresiva.³⁸

El tratamiento comprende 12 sesiones semanales de 60 minutos de duración divididas en tres fases.^{29, 31} La fase inicial la cual está orientada a identificar y aclarar las dificultades interpersonales que el adolescentes presenta en una o más de las áreas problemáticas como son el duelo, las disputas interpersonales, la transición de roles y los déficit interpersonales.³¹ Detallar las características del entorno social y cualquier evento asociado con el inicio de la depresión.³¹ Identificar vínculos entre situaciones específicas y el estado de ánimo depresivo, aclarar el área problemática principal del tratamiento, identificar patrones de comunicación y discutir formas alternativas de respuesta.⁴⁰

La fase media del tratamiento se basa en la enseñanza de estrategias para la resolución de problemas y habilidades comunicativas.^{38, 40}

En la fase de terminación se consolidan las estrategias y habilidades aprendidas, se anticipan respuestas a posibles situaciones futuras específicas que se prevé sean difíciles o estresante y se alienta al joven a mantener su sentido de competencia social.⁴⁰

IV.1.8.4. Tratamiento farmacológico

Inhibidores selectivos de la receptación de serotonina

Los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) constituyen actualmente el tratamiento farmacológico de elección en la depresión infanto-juvenil, tanto por su

eficacia como por sus escasos efectos adversos y su seguridad en caso de sobredosificación.³⁶

Los más utilizados son la fluoxetina, el citalopram, el escitalopram y la sertralina.¹⁸

Fluoxetina.

La fluoxetina (Prozac) es recomendada como el antidepresivo de primera línea para la depresión infanto-juvenil moderada a severa.⁴¹ Es el primer antidepresivo aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) en el 2004 para el tratamiento de la depresión en mayores de ocho años.^{25,41} Su eficacia en monoterapia y en terapia combinada ha sido valorada en diversos estudios como el *Treatment and Adolescent Depression Study* (TADS) y el *Treatment of Resistant Depression in Adolescents* (TORDIA) donde su uso en terapia combinada ha demostrado un mayor impacto en la disminución de la recurrencia del TDM que la TCC en monoterapia.^{42,43} La dosis de inicio es de 10 mg/día, se incrementa la dosis en 10 mg cada semana hasta alcanzar respuesta.^{18,36,39} La dosis efectiva inicial es de 20 mg/día, en adolescentes se pueden considerar el uso de dosis comprendidas entre los 30-40 mg/día.^{18,39,41}

En el caso de que una segunda línea sea requerida para la terapia farmacológica después de la fluoxetina se recomienda el uso de citalopram, escitalopram o sertralina.^{37, 41}

Escitalopram

El escitalopram (lexapro) es el segundo antidepresivo aprobado por la FDA para el tratamiento de la depresión a partir de los 12 años de edad.^{44,45} Se han realizado tres ensayos controlados aleatorizados para valorar su eficacia en la depresión infanto-juvenil.⁴⁵ Los resultados señalan diferencias significativas en las puntuaciones de la escala CDRS-S a favor del citalopram en la población comprendida entre los 12 y los 17 años de edad.⁴⁵ La dosis inicial es de 10 mg/día, tres semanas después se incrementa la dosis a 20 mg/día.⁴¹

Sertralina

La sertralina (Zolof) es un ISRS indicado para el manejo del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en niños y adolescentes.⁴⁵ Dos estudios controlados aleatorizados han sugerido cierta eficacia por parte de la sertralina en el tratamiento de la depresión. Al combinar los resultados obtenidos a partir de dos sub grupos de adolescentes, las puntuaciones de severidad en los síntomas depresivos fueron estadísticamente más bajas en los grupos tratados con sertralina.³² Las dosis iniciales varían con la edad (6-12 años: 25 mg/día; 13-17 años: 50 mg/día); la dosis se incrementa 50 mg/día en intervalos semanales hasta alcanzar la dosis máxima de 200 mg/día.⁴¹

IV.2. Determinantes sociales

IV.2.1. Conceptos

IV.2.1.1. Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son definidos por la comisión de los determinantes de la salud (CDSS) de la OMS como las condiciones en que las personas nace, crecen, viven, trabajan y envejecen; estas condiciones o circunstancias están determinadas por las familias y las comunidades y por la distribución de dinero, poder y recursos a nivel mundial, nacional, y local, y se ven afectadas por la elección de políticas en cada uno de los niveles.⁴⁶

IV.2.1.2. Equidad en salud

Señala la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas definidas social, económica, demográfica o geográficamente. La equidad en salud implica idealmente que cada uno debe tener una oportunidad justa de alcanzar su máximo potencial, y más pragmáticamente, que nadie debe quedar en desventaja para alcanzar dicho potencial, si se puede evitar.⁴⁷

IV.2.1.3. Inequidad en salud

Se refiere a las diferencias en los resultados de salud que son innecesarias y evitables entre individuos o grupos, y que además son consideradas también socialmente injustas y arbitrarias.⁴⁷

IV.2.1.4. Desigualdad en salud

Se refiere de manera genérica a las diferencias en la salud de los individuos o los grupos. Cualquier aspecto cuantificable de la salud que varía entre individuos o según agrupamientos socialmente relevantes puede denominarse una desigualdad en salud.⁴⁸

IV.2.2. Modelos de los determinantes sociales de la salud

En los últimos años la literatura ha desarrollado modelos para mostrar los mecanismos a través de los cuales los determinantes sociales (DS) afectan el estado de salud de la población. Estos modelos explican los vínculos entre los diferentes tipos de DS y permiten identificar los puntos estratégicos en los que deben actuar las políticas. Además, dichos modelos son particularmente importantes en el análisis de las inequidades en salud, pues las desigualdades en las condiciones de vida de los individuos se traducen en desigualdades en su estado de salud.⁴⁹

IV.2.2.1. Modelo de Dahlgren y Whitehead

Este modelo trata de representar la interacción de los determinantes sociales, explica cómo las desigualdades sociales en salud son el resultado de las interacciones de diferentes niveles de condiciones causales, de lo individual a las comunidades a nivel de las políticas nacionales de salud. Según ellos los individuos están dotados de factores de riesgo como la edad, el sexo y genéticos que, sin duda, influyen en su potencial para la salud final, también influyen las conductas personales y estilos de vida. Las personas con una situación económica desfavorable tienden a exhibir una mayor prevalencia de factores de comportamiento, como el tabaquismo y mala alimentación. También se enfrentan a

mayores barreras financieras para la elección de un estilo de vida saludable. Además de influencias sociales positivas y negativas en los comportamientos personales.⁴⁷

El modelo también hace mención a otros factores relacionados con el trabajo, los suministros de alimentos y el acceso a las instalaciones y servicios esenciales. Considera que las pobres condiciones de vivienda, la exposición a un trabajo más peligroso, condiciones estresantes y el escaso acceso a los servicios, crean riesgos diferenciales para las personas socialmente desfavorecidas. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad en su conjunto, así como la situación económica del país y las condiciones del mercado laboral, tienen una influencia en todos los aspectos antes mencionados. El nivel de vida alcanzado en una sociedad, puede influir en la elección de un individuo de la vivienda, el trabajo social e interacciones, así como los hábitos de comer y beber. Del mismo modo, las creencias culturales sobre el lugar de la mujer en la sociedad o las actitudes dominantes en las minorías pueden influir en su estándar de vida y posición socioeconómica.⁴⁷

IV.2.2.2. Modelo de Diderichsen, Evans y Whitehead

En 2001 Diderichsen, Evans y Whitehead adaptaron un modelo que concentró en explicar cómo los contextos sociales crean estratificación social y asignan los individuos a diferentes posiciones sociales, lo que finalmente termina determinando su estado de salud mental. Este modelo enfatiza que la manera en que las sociedades se organizan crean un gradiente de estratificación social y asigna a las personas distintas posiciones sociales. Por tanto, estas posiciones sociales de las personas al interior de la sociedad a través de mecanismos y procesos determinan sus oportunidades y resultados de salud.⁴⁷

El primer grupo de mecanismos involucrados se refiere a los motores centrales de la sociedad que generan y distribuyen el poder, la riqueza y el riesgo, como: el sistema educativo, las políticas laborales, las normas de género y las instituciones políticas. A su vez, la estratificación social engendra la diferencia de la exposición a condiciones perjudiciales para la salud. El segundo grupo de mecanismos se refiere a aquellos que vinculan la vulnerabilidad diferencial; El tercero, reúne las

consecuencias diferenciales de la enfermedad para los grupos con mayores y menores desventajas. Este modelo propone considerar también como mecanismos los procesos a través de los cuales se interviene para contener o aliviar estas consecuencias diferenciales, y que son relevantes desde una perspectiva de equidad social. Las consecuencias sociales se refieren a la repercusión diferente que un cierto evento de salud puede tener en una persona o grupo debido a sus distintas circunstancias y posición social.⁴⁷

IV.2.2.3. Modelo de Mackenbach

El modelo de Mackenbach se concentra en los mecanismos por los que las desigualdades se generan. La selección frente a la causa. El primer mecanismo marca los procesos de selección representados por un efecto de los problemas de salud en la edad adulta, sobre la situación socioeconómica de los adultos y por el efecto que tienen las circunstancias infantiles en la salud. El segundo mecanismo causal está representado por los tres grupos de factores de riesgo que son intermediarios entre la posición socioeconómica y los problemas de salud (estilo de vida, factores estructurales y del entorno, factores psicosociales basados en el estrés). La Infancia, el medio ambiente, los factores culturales y los factores psicológicos se incluyen en el modelo, y se reconoce su contribución a las desigualdades en salud a través de la selección y la relación de causalidad.⁴⁷

IV.2.2.4. Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson

El Equipo de Equidad en Salud de la OMS, a cargo de Vega, Solar e Irwin, emitió un trabajo completo, en el que describieron los principales mecanismos de producción de inequidades en salud, como resultado de la discusión de tres modelos teóricos. Entre ellos, analizaron el modelo planteado por Wilkinson y Marmot en 1999, y que posteriormente fue complementado por Brunner.⁴⁷

Este modelo se concibió originalmente con el fin de relacionar la perspectiva clínica (curativa) con la salud pública (preventiva). Posteriormente, se aplicó al proceso social que subyace a las inequidades de salud como un modelo de los factores sociales que causan la mala salud y contribuyen a generar inequidades.

El modelo fue presentado explícitamente a fin de ilustrar cómo las inequidades de salud condicionadas por determinantes sociales, son el resultado de la exposición diferencial al riesgo (ambiental, psicológico y conductual) a lo largo de toda la vida de los individuos.⁴⁷

IV.2.2.5. Modelo de la comisión de determinantes de la salud

Diferentes modelos han sido elaborados para detallar cuales son los DSS y como pueden contribuir para generar las inequidades de la salud entre los distintos grupos sociales.⁵⁰

Cada uno de estos modelos presenta una contribución importante, sin embargo, ninguno satisface plenamente los siguientes criterios: a) definir claramente los mecanismos por los cuales los DSS genera inequidades de salud; b) indicar como los DSS se relacionan entre sí; c) proporcionar un marco para evaluar cuáles son los DSS más importantes de abordar; y d) proyectar niveles específicos de intervención y puntos de acceso de implementación de políticas para la acción en torno a los DSS.⁵⁰

El Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud propuesto por la OMS combina elementos de diversos modelos y fue elaborado para satisfacer todos los criterios precitados. En este marco se presentan dos grupos de determinantes, organizados de forma didáctica, para la mejor comprensión sobre los aspectos que determinan los procesos de salud-enfermedad de los grupos sociales: los determinantes estructurales y los determinantes intermediarios.⁵⁰

IV.2.2.5.1. Determinantes estructurales

El grupo de los determinantes estructurales está constituido por aspectos relacionados con la estructura de la sociedad que determinan desigualdades en la salud. Es decir, son aquellos aspectos que pueden ofrecer a los grupos sociales mayor vulnerabilidad ante los problemas de la salud o, por el contrario, mayores oportunidades para recuperar o mantener la salud. Ambos dependerán de la posición social, pues grupos sociales con mayor acceso a recursos materiales,

sociales, educacionales, entre otros, pueden presentar contextos menos vulnerables o con mayores posibilidades para recuperar o mantener su salud.⁵⁰

Por ello, en este grupo de DSS se incluyen aspectos relacionados con el contexto socioeconómico y político a todos los mecanismos sociales, económicos y políticos que generan, configuran y mantienen las posiciones socioeconómicas desiguales o la estratificación social, al asignar a los individuos diferente posición social y esta, a su vez, determina las circunstancias materiales en que las personas viven y se desenvuelven.⁵⁰

Contexto político y socioeconómico

Se consideran determinante del contexto socioeconómico y político a todos los mecanismos sociales, económicos y políticos que generan, configuran y mantienen posiciones socioeconómicas desiguales o la estratificación social al asignar a los individuos diferente posición social y esta, a su vez, determina las circunstancias materiales en que las personas viven y se desenvuelven.⁵⁰

Por lo tanto el contexto socioeconómico y político se refiere a las características del gobierno, a las políticas públicas (macroeconómicas, sociales, sanitarias, educativas, del mercado de trabajo, etc.), a la cultura y a los valores de esa sociedad.⁵⁰

Estructura social

Los elementos que constituyen este componente son la posición socioeconómica (incluye las variables sociodemográficas como el nivel de escolaridad, nivel de los hogares, los ingresos, la ocupación), el género, la edad, el territorio y la pertenencia étnica. Estos se consideran el núcleo de las oportunidades para tener una buena salud y evidencian la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas, las originarias de territorios más ricos.⁴⁷

IV.2.2.5.2. Determinantes intermedios

Este grupo de determinantes intermedios se presenta en el marco conceptual como los factores intermediarios entre los determinantes estructurales y la desigual distribución de la salud y el bienestar en la población.⁵¹

Siguiendo la terminología de la CDSS, los determinantes intermedios se agrupan en seis apartados:⁵¹

- Las circunstancias materiales o condiciones materiales de la vida: incluyen determinantes asociados al medio ambiente físico tales como la vivienda, el barrio o el municipio; al medio laboral, como las condiciones de trabajo y empleo, la alimentación, el vestido, etc.⁵¹

- Las circunstancias psicosociales o contexto psicosocial: se refiere a aspectos psicológicos del individuo en relación con el contexto y las circunstancias sociales en que vive: afectos, emociones, tipos de respuestas ante circunstancias adversas, grado de control sobre la propia vida (locus de control), respuesta al estrés, estrategias de afrontamiento, redes sociales, apoyo social, etc.⁵¹

- Cohesión social: se relaciona con el grado de integración social, la presencia de fuertes vínculos comunitarios, altos niveles de participación ciudadana en actividades cívicas y confianza en los demás.⁵¹

- Estilos de vida: incluye los hábitos de vida con su influencia protectora o perniciosa para la salud: ejercicio físico, dieta, hábito tabáquico, consumo de alcohol, etc.⁵¹

- Factores biológicos: hace referencia a la carga genética, la edad y el sexo.⁴³

- Sistema de salud: las características y organización del sistema sanitario en cada contexto se convierte en un determinante intermedio de la salud, especialmente a través de la accesibilidad y grado de utilización de los servicios sanitarios según pertenezca a un grupo social u otro.⁵¹

IV.2.3. Circunstancias psicosociales

IV.2.3.1. Estrés

El estrés es el conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una

demanda de adaptación mayor para el organismo y/o son percibidas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica.⁵²

Cuando un individuo experimenta un estresor, sea físico o psicológico, dos sistemas hormonales son activados para ayudar al individuo a sobrellevar la situación. El primero está mediado por las acciones del sistema nervioso simpático, lo que lleva a la liberación de epinefrina y norepinefrina en el torrente sanguíneo. El segundo es una respuesta hormonal más lenta mediada por el eje HHA. Esta respuesta es iniciada por un grupo de neuronas en el NPV, que segrega CRH para indicar a la hipófisis que libere ACTH. La ACTH, a su vez, estimula las glándulas suprarrenales para sintetizar y secretar GC.⁵²

Los GC son responsables de las respuestas adaptativas fisiológicas y conductuales a factores estresantes, como la movilización de depósitos de energía, la mejora de reacciones inmunes y el aumento de las capacidades de aprendizaje y memoria.⁵²

Si el estrés continúa o se prolonga, puede dejar efectos adversos en los sistemas inmunológicos, cardiovascular, neuroendocrino y central del organismo. Cuando el estrés crónico no se trata puede dar lugar a discapacidades graves como insomnio, debilitar el sistema inmunológico, hipertensión, ansiedad y dolor muscular. También puede desempeñar un papel en el desarrollo de trastornos importantes como la depresión, enfermedad cardíaca y la obesidad.⁵⁴

Investigadores han asociado el nivel elevado de GC en el torrente sanguíneo para ser una de las principales causas de TDM como resultado de la activación del HHA. También se ha descubierto que la CRH crea síntomas de ansiedad y depresión en animales, incluyendo bajo apetito, disminución de la libido, y reacción anormal a nuevos estímulos, problemas de sueño y cambios en la locomoción.⁵⁴

IV.2.3.1.1. Modelos de estrés

Modelo de exposición

El modelo de exposición al estrés de la depresión implica que los sucesos estresantes incrementan la vulnerabilidad de la persona a la depresión, asumiendo que la relación entre el estrés y la depresión es unidireccional. Así, por ejemplo, en un estudio realizado con adolescentes españoles se encontró que los sucesos

estresantes negativos se asociaban con más síntomas de depresión (Ferreira, Granero, Noorian, Romero y Doménech, 2012). Desde esta perspectiva, las personas son agentes pasivos ante los estresores ambientales teniendo un papel poco significativo en el desarrollo de la sintomatología depresiva.⁵⁵

Modelo de generación

En este modelo la persona es vista como un agente activo en su relación con el entorno ya que contribuye a la ocurrencia de sucesos estresantes dependientes de la propia conducta de la persona que influyen en el desarrollo de la depresión. Así, la relación entre el estrés y la depresión es bidireccional y recíproca. Los individuos contribuyen activamente a su propio estrés interpersonal, el cual a su vez incrementa la probabilidad de síntomas depresivos posteriores.⁵⁵

IV.2.3.2. Afrontamiento

La adolescencia constituye una etapa de desarrollo del ser humano que se caracteriza por importantes cambios tanto a nivel biológico, como psicológico y social. Estos cambios vinculados al desarrollo requieren estrategias conductuales y cognitivas para lograr una adaptación y transición efectivas. En este sentido, el afrontamiento es un constructo clave para comprender como los adolescentes reaccionan ante los acontecimientos vitales estresantes y se adaptan a sus experiencias.⁵⁶

Lazarus y folkman conceptualizaron el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.⁵⁶

IV.2.3.2.1. Estilos y estrategias de afrontamiento

Frydenberg y Lewis desarrollaron la *Adolescent coping Scale* (ACS), en base al modelo teórico de Lazarus, que agrupa 18 estrategias de afrontamiento en tres estilos:⁵⁷

Afrontamiento productivo o dirigido a la resolución de problemas

-Concentrarse en resolver el problema: es una estrategia dirigida a resolver el problema estudiándolo sistemáticamente y analizando los diferentes puntos de vistas u opciones.⁵⁸

-Esforzarse y tener éxito: es la estrategia que comprende conductas que ponen de manifiesto compromiso, ambición y dedicación.⁵⁸

-Distracción física: se refiere a la dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma.⁵⁸

-Buscar diversiones relajantes: se caracteriza por la búsqueda de actividades de ocio y relajantes.⁵⁸

-Fijarse en lo positivo: Indica una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado de las cosas y considerarse afortunado.⁵⁸

Afrontamiento en relación con los demás

-Buscar apoyo social: consiste en la inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo para su resolución.⁵⁸

-Acción social: consiste en dejar que otros conozcan cuál es el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades como reuniones o grupos.⁵⁸

-Buscar apoyo espiritual: refleja una tendencia a rezar, a emplear la oración y creer en la ayuda de un líder espiritual o Dios.⁵⁸

-Buscar ayuda profesional: Consiste en buscar la opinión de un profesional.⁵⁵

-Invertir en amigos íntimos: Se refiere al esfuerzo por comprometerse en alguna relación tipo personal.⁵⁸

Buscar pertenencia: indica la preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás en general y, más concretamente, por lo que los otros piensan.⁵⁸

Afrontamiento no productivo

-Preocuparse: se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro en términos generales o, más en concreto, preocupación por la felicidad futura.⁵⁸

-Hacerse ilusiones: es la estrategia basada en la esperanza, en la anticipación de una salida positiva y en la expectativa que todo tendrá un final feliz.⁵⁸

-Falta de afrontamiento: refleja la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema y su tendencia a desarrollar síntomas psicósomáticos.⁵⁸

-Ignorar el problema: refleja un esfuerzo consciente por negar el problema o desatenderse de él.⁵⁸

-Reducción de la tensión: refleja un intento por sentirse mejor y reducir la tensión.⁵⁸

-Reservarlo para sí: refleja que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas.⁵⁸

-Auto inculparse: incluye conductas que indican que el sujeto se ve como responsable de los problemas o preocupaciones que tiene.⁵⁸

IV.2.3.3. Apoyo social

En la actualidad se carece de un consenso sobre la definición de apoyo social, de modo que existen tantas definiciones como trabajos sobre el tema. De entre ellas las definiciones más conocidas destacaremos las de Thoits y Bowling por su claridad.⁵⁹

Thoits lo define como el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación.⁶⁰

Bowling define el apoyo social como el proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra.⁶⁰

Se ha establecido que el apoyo social tiene un papel crucial en el proceso de adaptación a la enfermedad crónica y en el restablecimiento de los resultados de la salud. Puede prevenir la aparición de efectos adversos psicológicos y respuestas comportamentales asociadas a estrés psicológico, pobre adherencia al tratamiento y aislamiento social.⁵⁹

IV.2.3.3.1. Mecanismo de acción del apoyo social en la salud

Se han definido dos teorías que podrían explicar la asociación entre el apoyo social y la salud:⁵⁹

Efecto directo

Afirma que el apoyo social favorece los niveles de salud independientemente del grado de estrés del individuo. Este efecto precede al momento del estrés del sujeto. Se han propuesto dos mecanismos, el primero de ellos relacionado con los efectos que el apoyo social posee en algunos procesos psico-fisiológicos (que produciría mejorías en la salud o impediría la enfermedad), y el segundo relacionado con el cambio de conductas, adoptando hábitos de vida saludables, que tendrían consecuencias positivas para la salud.⁵⁹

Efecto tampón o amortiguador

Esta teoría ofrece una buena explicación teórica para los efectos positivos del apoyo social. Postula que el apoyo social puede ejercer un efecto tampón que atenúa las reacciones individuales a los impactos adversos de la enfermedad. Se han desarrollado dos hipótesis para demostrar el efecto amortiguador del apoyo social:⁵⁹

- El apoyo social permite a los individuos, que tras la exposición al estresor, sea capaz de redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o inhibir los procesos psico-patológicos que pueden desencadenarse en ausencia del apoyo social.⁵⁹

- El apoyo social evita que los individuos, previo a la exposición, definan una situación como estresante mediante la seguridad que les ofrece tener la posesión de diversos recursos materiales y emocionales con los que poder enfrenarse a ella.⁵⁹

IV.2.3.3.2. Dimensiones

Clásicamente se han definido dos dimensiones del apoyo social:⁵⁹

Apoyo estructural o cuantitativo

También denominado red social. Se refiere a la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las que puede recurrir el individuo para ayudarle a resolver los problemas planteados, (por ejemplo familia, amigos, situación marital o pertenencia a grupo de pares), y la interconexión entre estas redes.⁵⁹

Apoyo funcional o cualitativo

Se refiere a las percepciones de disponibilidad de soporte. Cobb la concibe como la percepción que lleva el individuo a creer que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado, que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas. Sus componentes más importantes son el apoyo emocional, informativo, instrumental e interacción social positiva.⁵⁹

- Apoyo emocional: se refiere a las expresiones de afecto positivo, al entendimiento empático y a la estimulación de la expresión de sentimientos.⁶¹
- Apoyo informativo: Se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarlas para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.⁵⁹
- Apoyo instrumental: es ofrecido cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita.⁵⁹
- Apoyo afectivo: Se refiere a las expresiones de afecto y amor que son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano.⁵⁹
- Interacción social positiva: la interacción social positiva se relaciona con pasar tiempo con otros y la disponibilidad de estas para distraerse, divertirse, etc.⁶¹

IV.2.3.3.3. Fuentes de apoyo social

House propone una relación de nueve fuentes de apoyo social: cónyuge o compañero/a, otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de auto ayuda y profesionales de la salud o servicios sociales.⁵⁹

IV.2.3.4. Redes sociales

Se entiende por red de apoyo o red social al conjunto de contactos formales o informales a través de los cuales los individuos mantienen una identidad social, reciben apoyo emocional, ayuda material, servicios e información, y desarrollan nuevos contactos sociales.⁶²

Una revisión sistemática llevada a cabo por Santini et al investigo la asociación entre las relaciones social y la depresión, y encontró que las redes sociales juegan un papel protector contra la depresión, al igual que el apoyo social.⁶³

IV.2.3.4.1. Dimensiones

Las dimensiones evaluadas en las redes sociales son:

- Tamaño: número de personas que componen la red.⁶⁴
- Densidad: grado en que los miembros se conocen o cantidad de interrelación entre los miembros de la red.⁶⁴
- Dispersión geográfica: proximidad o lejanía de los miembros de la red social respecto al individuo estudiado.⁶⁴
- Homogeneidad: similitud demográfica y social de los miembros de la red.⁶⁴

IV.2.3.4.2. Niveles de abordaje en el campo de la salud

- Redes personales y familiares.⁶⁵
- Redes comunitarias.⁶⁵
- Redes institucionales y de servicios.⁶⁵
- Redes intersectoriales.⁶⁵
- Redes de servicio de salud.⁶⁵

IV.2.4. Factores comportamentales

IV.2.4.1. Actividad física

Un resumen sistemático reciente por Mammen and Faulkner donde se incluye estudios prospectivos entre (1988 – 2012) basados en estudios longitudinales en la asociación entre la actividad física basal y el desarrollo de depresión en niños y adultos. Encontraron una relación inversa entre la actividad física basal y el

desarrollo de depresión en 25 de los 30 estudios incluidos en su resumen, sugiriendo que las actividades físicas podrían prevenir el desarrollo de depresión.⁶⁶

IV.2.4.2. Consumo de sustancias

Alcohol

Borden J y Fergusson D examinaron la literatura sobre las asociaciones entre los trastorno por consumo de alcohol y la DM, y evaluaron la evidencia existente de la relación causal entre ambos trastorno. El análisis reveló que la presencia de cualquiera de ambos trastornos duplica los riesgos del segundo trastorno, con una razón de probabilidades que oscilaban entre 2.00 y 2.09. La evidencia adicional sugiere que la asociación causal más probable entre el consumo de alcohol y la DM es aquella en la que el consumo de alcohol aumenta el riesgo de DM.⁶⁷

Tabaco

Un estudio longitudinal por Pasco J et al proporciono evidencia transversal y longitudinal consistente con la hipótesis de que el tabaquismo está asociado con la depresión mayor. Datos transversales demuestran que la exposición al tabaquismo se asoció con un aumento de 1,46 veces en las probabilidades de trastornos de TDM. Además, sus hallazgos sugirieron una asociación dependiente de la dosis, con un aumento de más del doble en las probabilidades de TDM para los fumadores empedernidos en comparación con los no fumadores. Con la ventaja de la secuencia temporal, los datos longitudinales demuestran que fumar se asocia con casi duplicar el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor de novo durante un periodo de 10 años.⁶⁸

Cannabis

Lev-Ran et al encontraron que el consumo de cannabis se asoció con un riesgo moderadamente mayor de desarrollar trastornos depresivos. Estas asociaciones se mantuvieron iguales en los análisis de sensibilidad, y fueron consistentes para el consumo de cannabis tanto en la adolescencia como en la adultez.⁶⁹

En 2012 Horwood LJ et al analizaron datos en cuatro grandes cohortes en Australia y Asia para examinar las asociaciones entre la frecuencia del consumo de cannabis y los síntomas depresivos. Los datos combinados comprendieron un total de más de 6900 participantes evaluados repentinamente sobre las medidas de consumo de cannabis y la depresión durante el período comprendido entre mediados de la adolescencia hasta la edad adulta. El análisis llevó a tres conclusiones claras sobre las asociaciones entre el consumo de cannabis y los síntomas depresivos.⁷⁰

Primero, hubo evidencia de una asociación lineal significativa entre la frecuencia del uso de cannabis y la gravedad de la depresión. En esta asociación, la frecuencia cada vez mayor del consumo de cannabis se relacionó con el aumento de las tasas de síntomas depresivos.⁷⁰

En segundo lugar, la fuerza de la asociación se redujo, pero siguió siendo estadísticamente significativamente después del ajuste por la confusión por factores fijos no observados correlacionados con el consumo de cannabis y la depresión.⁷⁰

En tercer lugar, el conjunto integrado de datos sugirió que la fuerza de la asociación ajustada entre el consumo de cannabis y la depresión variada con la edad, de modo que las asociaciones eran más fuertes a mediados de la adolescencia, reduciéndose a efectos generalmente débiles e insignificantes en adultos maduros.⁷⁰

IV.2.5. Cohesión social

Se ha identificado que el apoyo social y la cohesión social juegan un papel importante en la depresión. Mientras que el apoyo social permite a las personas negociar la crisis de la vida, la cohesión social ayuda a estabilizar la amenaza para la salud al incluir y aceptar personas, y el permitirles participar libremente dentro de las familiar, los comités y la sociedad.⁷¹

IV.2.6. Aislamiento social y soledad

IV.2.6.1. Aislamiento social

El aislamiento social es definido como la ausencia objetiva o la carencia de relaciones y conexiones sociales, es una medida cuantitativa del tamaño de la red, la

diversidad de la red y la frecuencia del contacto. Describe la medida en la que un individuo está aislado.⁷²

En una encuesta realizada por Hall-lande et al a más de 4700 adolescentes demostró que el aislamiento social esta significativamente asociado con síntomas depresivos.⁷³

IV.2.6.2. Soledad

La soledad es la medida en la que el individuo se siente emocionalmente aislado de la sociedad debido a experiencias desagradables o las necesidades no satisfechas en la cantidad o calidad de las relaciones sociales. La soledad puede ocurrir en presencia o ausencia de aislamiento social.⁷²

Se han demostrado evidencias de que niveles más altos de soledad se encuentran consistentemente asociado con elevados síntomas depresivos en diferentes grupos de edad.⁷²

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Determinantes sociales y psicopatológicos	Son las diferentes formas que pueden complicar a un adolescente a padecer de trastornos de depresión mayor.	Sí. No.	Nominal
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta realizar la investigación.	-Años cumplidos	Numérica
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas de las personas	-Femenino -Masculino	Nominal
Procedencia	Origen, principio o donde nace o deriva el paciente	-Rural -Urbano	Nominal
Escolaridad	Nivel educacional o académico del adolescente	-Analfabeta -Primaria -Secundaria -Técnico	Ordinal
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y acciones que desempeña un individuo para generar ingresos	-Estudiante -Trabajo ocasional -Empleado -Ninguna	Nominal

	económicos.		
Trastorno de depresión mayor	Trastorno del estado de ánimo conformado por episodios de al menos dos semanas que tienen como elemento central un sentimiento de tristeza y/o pérdida del interés o placer.	<ul style="list-style-type: none"> -Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día (necesario para el diagnóstico) -Disminución e interés o placer en casi todas las actividades (necesario para el diagnóstico) -Modificación peso >5% -Insomnio o hipersomnia -Agitación o retraso psicomotor -Fatiga -Sentimiento de inutilidad -Disminución de capacidad para concentrarse -Pensamiento de muerte o ideación suicida -Síndromes anteriores que 	Nominal

		causan malestar significativo y no atribuibles a otras enfermedades.	
Gravedad de la sintomatología depresiva	Nivel de compromiso de funcionalidad habitual del paciente dependiendo de la severidad de sus síntomas	-Mínima 0-13 -Leve 14-19 -Moderada 20-28 -Severa 29-63	Numérica
Antecedentes familiares de depresión	Trastorno depresivo diagnosticado en familiares de primer grado	-Madre -Padre -Ambos -No	Nominal
Tipología familiar	Personas con quien vive actualmente.	-Nuclear -Monoparenteral -Binuclear -Extensa -Compuesta	Nominal
Violencia intrafamiliar o doméstica	Cualquier acción o conducta, ejercida en el entorno familiar, que cause, daño o sufrimiento, sea este físico, sexual, o psicológico que se producen en el seno de	-Violencia física -Violencia psicológica -Violencia sexual -Negligencia de los padres	Nominal

	un hogar a cualquier otro miembro de la familia. En este caso, al adolescente.		
Estresor social	Factor estresante del ámbito familiar, social y/o académico que genere sintomatología depresiva.	<ul style="list-style-type: none"> -Problemas con la pareja sentimental -Conflicto con amigos -Conflicto con mis padres -Problemas económicos familiares -Problemas académicos -Muerte de alguien cercano 	Nominal
Apoyo social	Conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada situación no favorable.	<ul style="list-style-type: none"> -Presencia de círculo social constante que brinde seguridad emocional -Sensación de reconocimiento al buen trabajo -Sensación de ayuda en conflictos domésticos y/ económicos 	Nominal

		-Sensación de ayuda en situaciones de salud	
Factores comportamentales o factores de riesgo asociados al TDM	Se refieren a comportamientos que, al proteger o dañar la salud, pueden explicar una pequeña proporción de las desigualdades en salud.	-Falta de actividad física -Consumo de alcohol -Consumo de Tabaco -Consumo de otras sustancias -Ninguna	Nominal

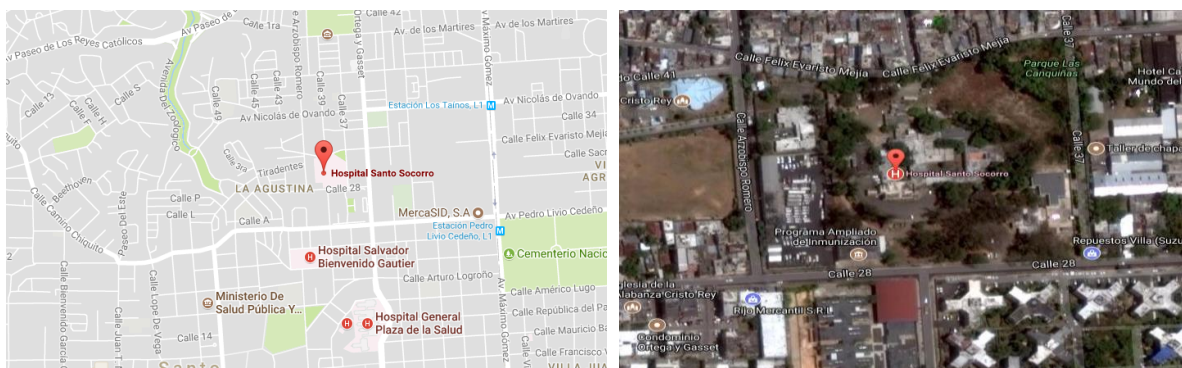
VI. MATERIAL Y MÉTODOS.

VI.1. Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio analítico, observacional, descriptivo y transversal, con la finalidad de establecer los determinantes sociales y psicopatológicos presentes en los adolescentes que asisten a la unidad psiquiátrica infanto-juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro, Diciembre del 2018 a Junio del 2019. (Ver anexo XII.1. Cronograma).

VI.2. Área de estudio

El estudio tuvo lugar en el Hospital Materno Infantil Santo Socorro, en la unidad psiquiátrica infanto-juvenil el cual está situado en la calle 28 #1 del Ensanche la Fe, Santo Domingo. Distrito Nacional delimitando al Norte por la C/ Félix E. Mejía, al Sur por la C/ Pedro Livio Cedeño, al Este por la Av. Ortega y Gasset y al Oeste Por la calle F. (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa cartográfico

Vista aérea

VI.3. Universo

El universo estuvo constituido por todos los adolescentes entre los 13 a 18 años de edad que acudan a la consulta de la unidad psiquiátrica infanto-juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro en el periodo Diciembre del 2018 a Junio del 2019.

VI.4. Muestra

La muestra estuvo representada por los adolescentes con diagnóstico de un trastorno depresivo en la unidad psiquiátrica infanto-juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro en el periodo Diciembre del 2018 a Junio del 2019.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

1. Adolescentes entre los 13-19 años de edad.
2. Diagnóstico de un trastorno depresivo.
3. Aceptar participar en el estudio tanto el paciente como el padre (en caso de <18 años).

VI.5.2. De exclusión

1. Niños y adolescentes <13 años.
2. Pacientes con enfermedad orgánica concomitante.
3. Negarse a participar en el estudio.

VI.6. Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó el Inventario de Depresión de Beck II y un formulario elaborado de 28 preguntas (ver anexo XII.2. Instrumento de recolección de datos).

Inventario de Depresión de Beck II

El Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) es un instrumento utilizado para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva, mediante 21 ítems politómicos con cuatro alternativas de respuestas ordenadas de menor a mayor gravedad de los síntomas. La valoración de los ítems se realizó a partir del estado de ánimo de los últimos 15 días, incluyendo el día en que se responden. El rango de edad de su aplicación es de 13 a 65 años. La puntuación total en la escala oscila entre 0 (puntuación mínima) y 63 (puntuación máxima). Se han establecido

puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y de 29-63, depresión grave. (Ver anexo XII.2.1. Inventario de depresión de Beck II).

Cuestionario de determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno depresivo

Para la recolección de estos datos se utilizó un cuestionario estructurado, auto desarrollado que consta de 28 preguntas (2 abiertas y 26 cerradas) enfocadas en los determinantes sociales y psicopatológicos que se han encontrado más relacionados a los trastornos depresivos, los cuales incluyen; datos generales (edad, sexo, procedencia etc.), antecedentes familiares de depresión, estresores, hábitos tóxicos, violencia doméstica y apoyo social. (Ver anexo XII.2.2. Cuestionario de determinantes sociales y psicopatológicos).

VI.7. Procedimiento

Los datos fueron recolectados por los sustentantes, estudiantes de último año de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Luego de solicitar el permiso correspondiente al director Hospital Materno Infantil Santo Socorro, el Dr. Lucas Gómez vía la jefa del departamento de enseñanza la Dra. Gloria Jiménez y obtener su aprobación, se procedió a la recolección de los datos; se seleccionaron pacientes de novo en edad adolescente que acudan a la consulta psiquiátrica de este hospital en horario matutino (8:00am – 12:00 pm), en orden de llegada. Se les explicó el objetivo del estudio y se firmó el consentimiento informado, luego el instrumento fue llenado a través de una encuesta entrevista anónima. (Ver anexo XII.1. Cronograma).

VI.8. Tabulación

Los datos obtenidos fueron sometidos a revisión y procesamiento, para lo cual se utilizó programas computarizados, tales como: Microsoft Excel, Epi-info.

VI.9. Análisis

Las informaciones obtenidas a partir de la presente investigación, fueron estudiadas en frecuencia simple. Para el análisis de algunas variables, cuyas características permitieron hacer comparaciones, se utilizó la prueba del chi-cuadrado (X^2), se consideró de significación estadística una $p < 0.05$.

VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la declaración de Helsinki⁷⁴ y las pautas del consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁷⁵ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del departamento de enseñanza del Hospital Infantil Santo Socorro, a través de la escuela de Medicina y de la coordinación de la unidad de Investigación de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as adolescentes fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento

Finalmente, toda la información incluida en el texto de la presente tesis, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

VII. RESULTADOS.

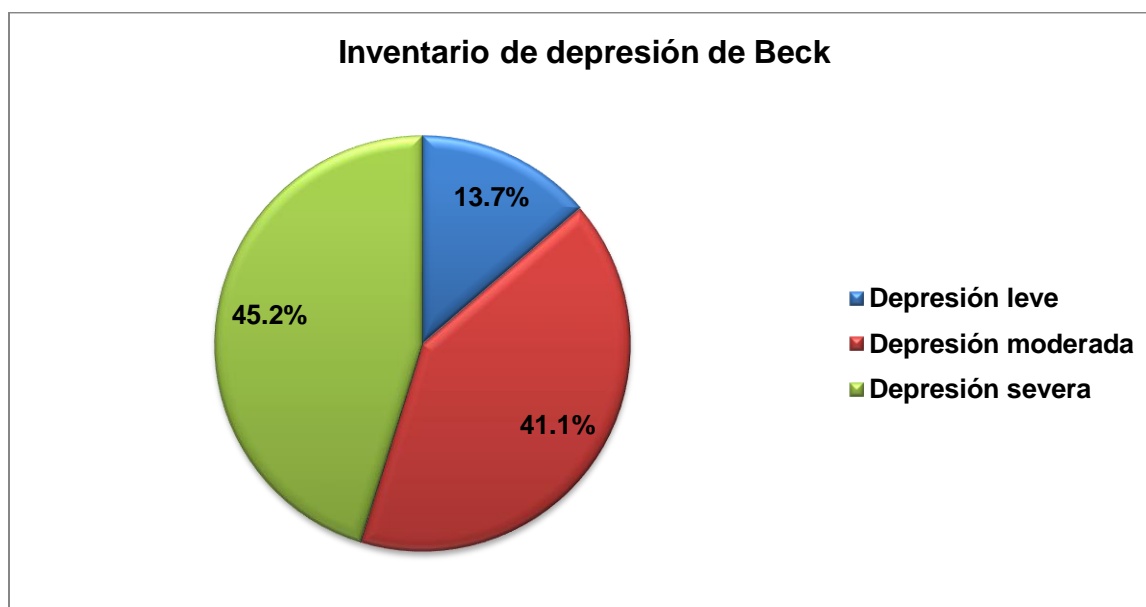
Cuadro 1. Distribución del inventario de depresión de Beck para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor en adolescentes de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.

Inventario de depresión de Beck	Frecuencia	%
Depresión leve	10	13.7
Depresión moderada	30	41.1
Depresión severa	33	45.2
Total	73	100.0

Fuente: Directa.

El 45.2 por ciento de los adolescentes presentaron depresión severa, el 41.1 por ciento depresión moderada y el 13.7 por ciento depresión leve.

Gráfico 1. Distribución del inventario de depresión de Beck para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor en adolescentes de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.



Fuente: cuadro 1.

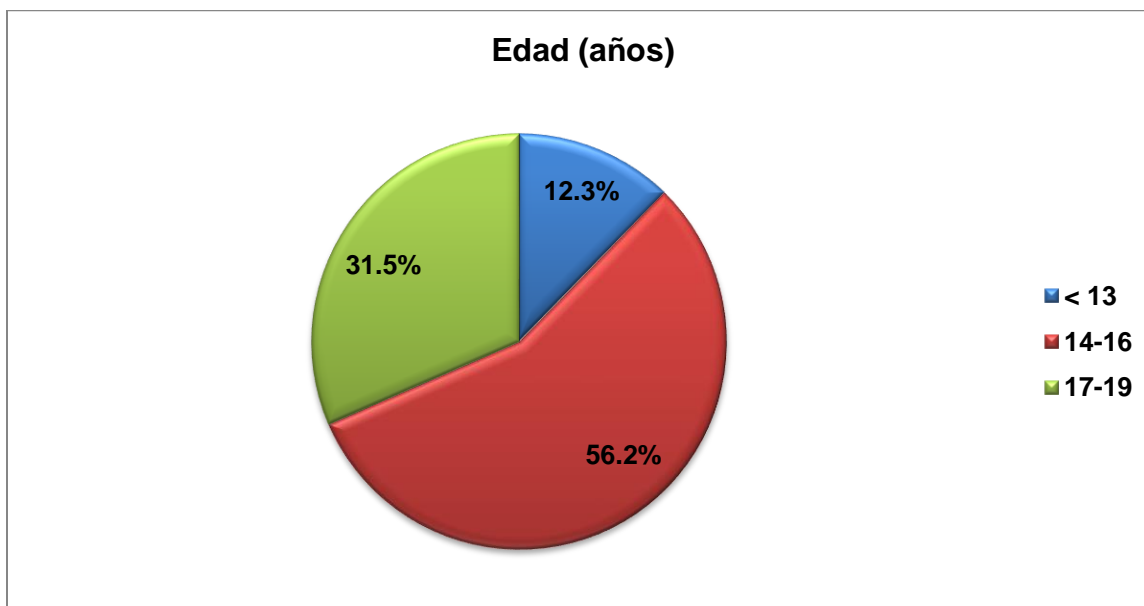
Cuadro 2. Distribución de la edad de los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.

Edad (años)	Frecuencia	%
< 13	9	12.3
14-16	41	56.2
17-19	23	31.5
Total	73	100.0

Fuente: Directa.

El 56.2 por ciento de los adolescentes tenían de 14-16 años, el 31.5 por ciento de 17-19 años y el 12.3 por ciento menos de 13 años.

Gráfico 2. Distribución de la edad de los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Materno Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.



Fuente: cuadro 2.

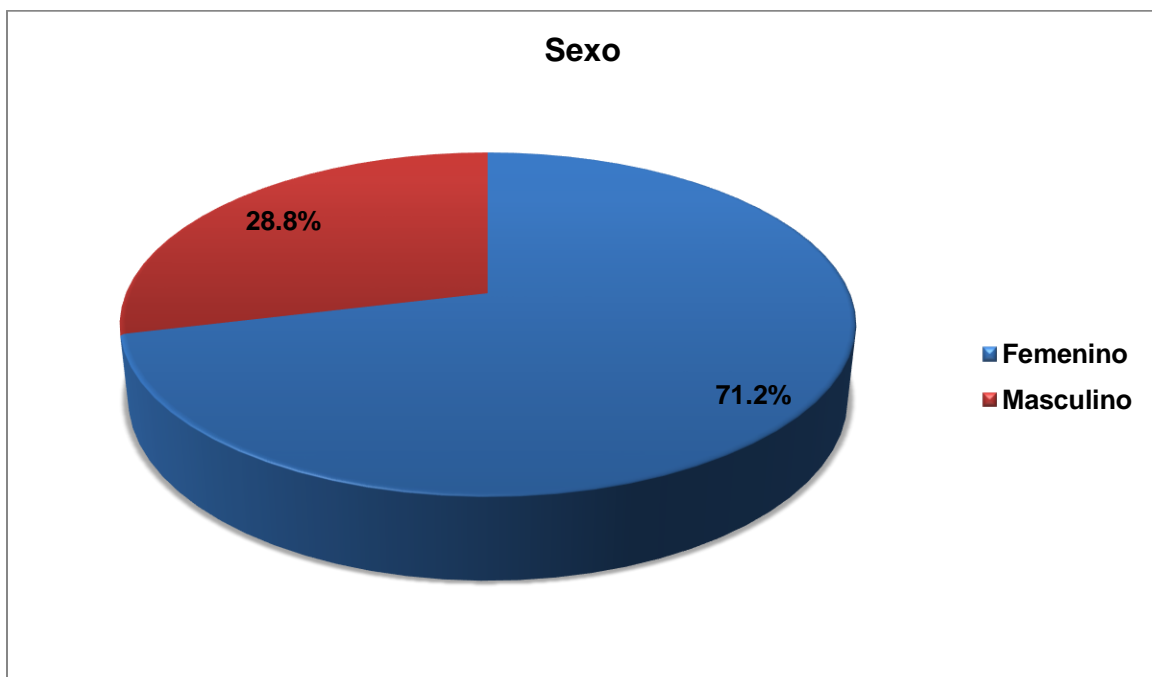
Cuadro 3. Distribución del sexo de los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	52	71.2
Masculino	21	28.8
Total	73	100.0

Fuente: Directa.

El 71.2 por ciento de los adolescentes correspondieron al sexo femenino y el 28.8 por ciento al masculino.

Gráfico 3. Distribución del sexo de los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.



Fuente: cuadro 3.

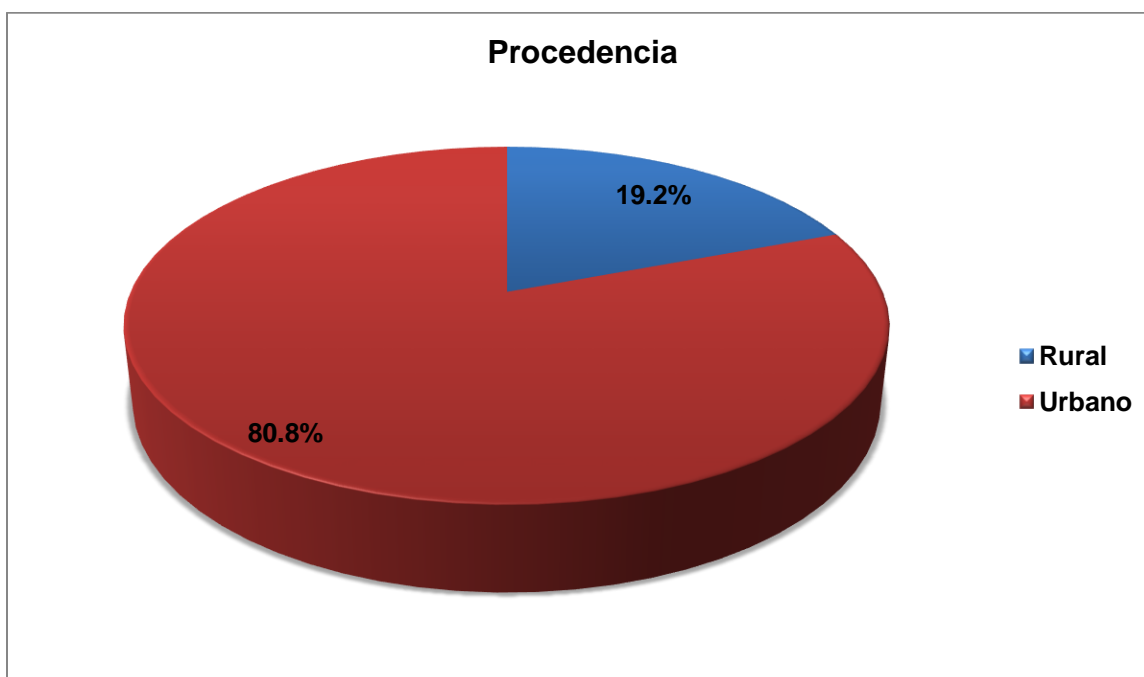
Cuadro 4. Distribución de la procedencia de los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.

Procedencia	Frecuencia	%
Rural	14	19.2
Urbano	59	80.8
Total	73	100.0

Fuente: Directa.

El 80.8 por ciento de los adolescentes vivían en zona urbana y el 19.2 por ciento rural.

Gráfico 4. Distribución de la procedencia de los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.



Fuente: cuadro 4.

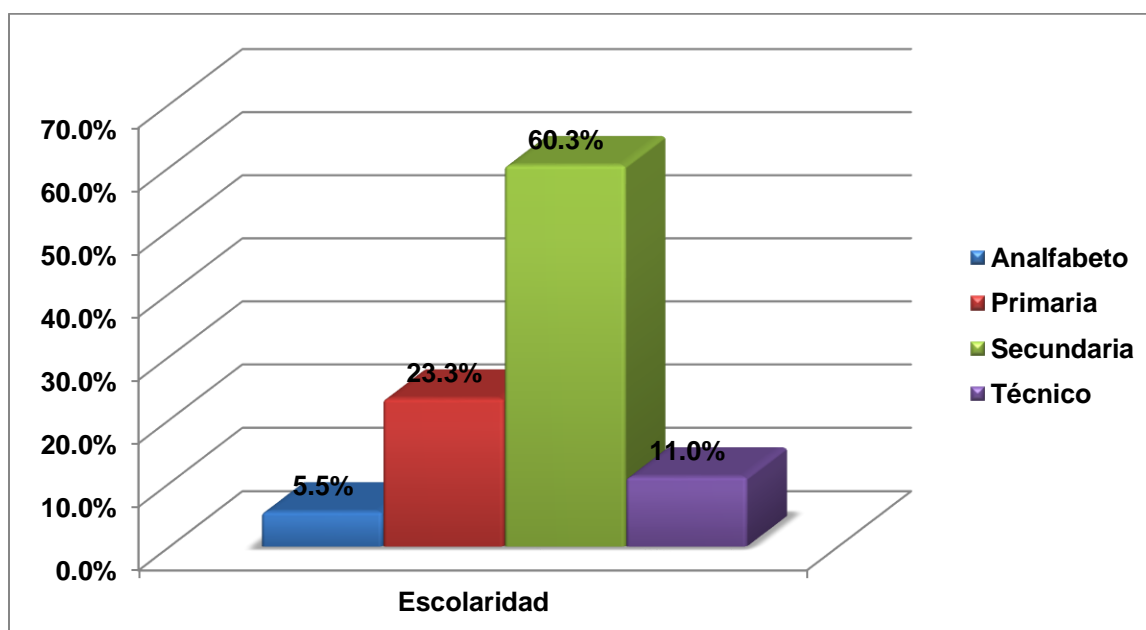
Cuadro 5. Distribución de la escolaridad de los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.

Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeto	4	5.5
Primaria	17	23.3
Secundaria	44	60.3
Técnico	8	11.0
Total	73	100.0

Fuente: Directa.

El 60.3 por ciento de los adolescentes están en secundaria, el 23.3 por ciento primaria, el 11.0 por ciento técnico y el 5.5 por ciento analfabeto.

Gráfico 5. Distribución de la escolaridad de los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.



Fuente: cuadro 5.

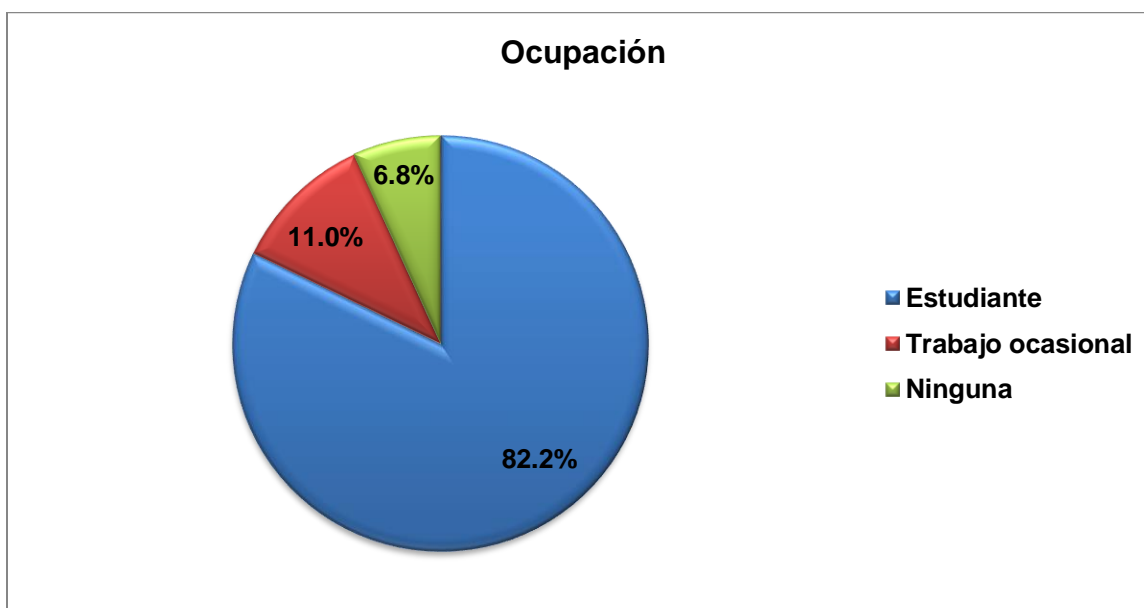
Cuadro 6. Distribución de la ocupación de los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.

Ocupación	Frecuencia	%
Estudiante	60	82.2
Trabajo ocasional	8	11.0
Ninguna	5	6.8
Total	73	100.0

Fuente: Directa.

El 82.2 por ciento de los adolescentes son estudiantes, el 11.0 por ciento trabaja ocasional y el 6.8 por ciento no tiene ninguna ocupación.

Gráfico 6. Distribución de la ocupación de los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.



Fuente: cuadro 6.

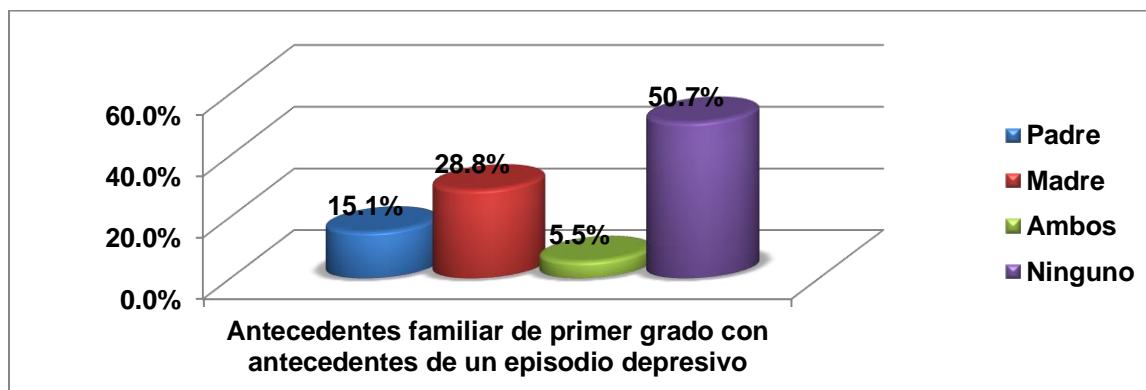
Cuadro 7. Distribución de los antecedentes familiares de primer grado con antecedentes de un episodio depresivo de los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.

Antecedentes familiar de primer grado con antecedentes de un episodio depresivo	Frecuencia	%
Padre	11	15.1
Madre	21	28.8
Ambos	4	5.5
Ninguno	37	50.7
Total	73	100.0

Fuente: Directa.

El 28.8 por ciento de los adolescentes presentaron antecedentes de primer grado de episodio depresivo de parte de la madre, el 15.1 por ciento padre, el 5.5 por ciento ambos y el 50.7 por ciento ninguno.

Gráfico 7. Distribución de los antecedentes familiares de primer grado con antecedentes de un episodio depresivo de los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.



Fuente: cuadro 7.

Cuadro 8. Distribución de los factores comportamentales de los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.

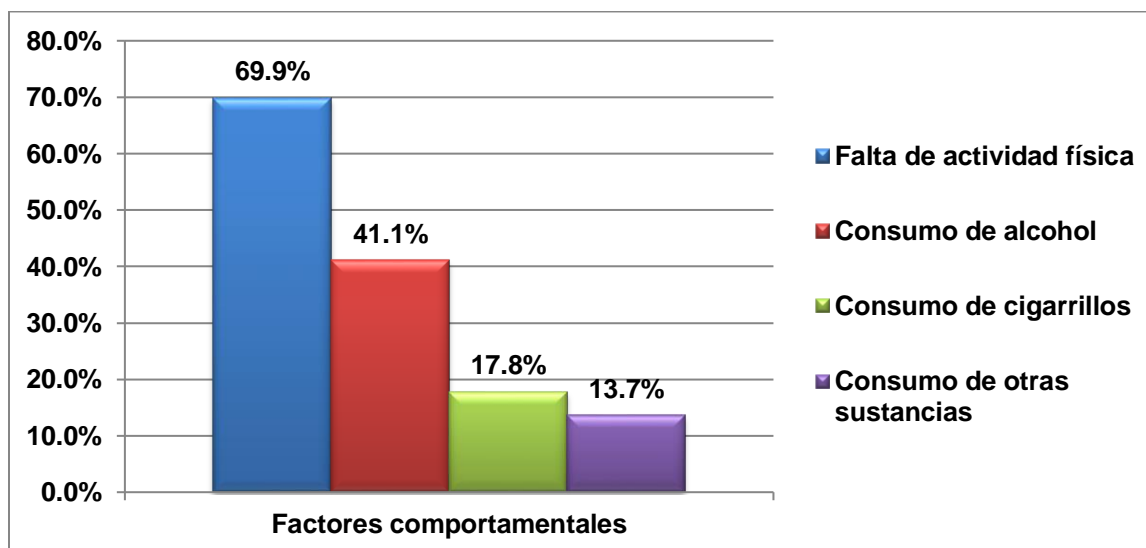
Factores comportamentales*	Frecuencia	%
Falta de actividad física	51	69.9
Consumo de alcohol	30	41.1
Consumo de cigarrillos	13	17.8
Consumo de otras sustancias	10	13.7

Fuente: Directa.

* Un mismo adolescente presento más de un factor comportamental.

El 69.9 por ciento de los adolescentes presentaron falta de actividad física como factor comportamental, el 41.1 por ciento consumo de alcohol, el 17.8 por ciento consumo de cigarrillos y el 13.7 por ciento consumo de otras sustancias.

Gráfico 8. Distribución de los factores comportamentales de los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.



Fuente: cuadro 8.

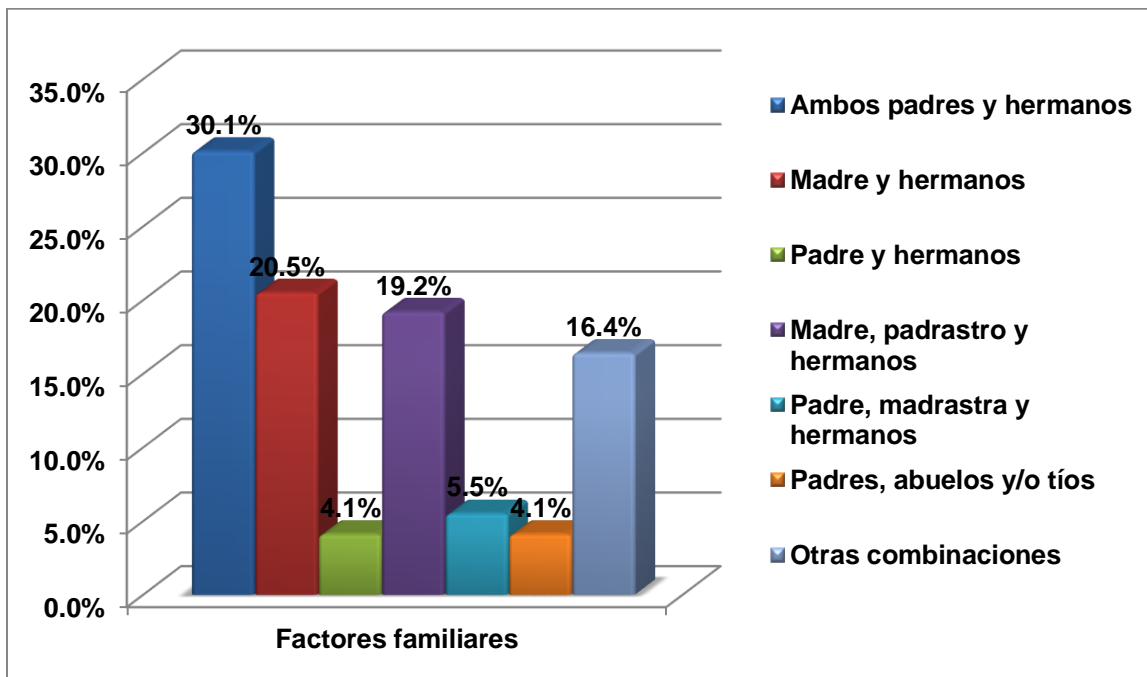
Cuadro 9. Distribución de los factores familiares de los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.

Factores familiares	Frecuencia	%
Ambos padres y hermanos	22	30.1
Madre y hermanos	15	20.5
Padre y hermanos	3	4.1
Madre, padrastro y hermanos	14	19.2
Padre, madrastra y hermanos	4	5.5
Padres, abuelos y/o tíos	3	4.1
Otras combinaciones	12	16.4
Total	73	100.0

Fuente: Directa.

El 30.1 por ciento de los adolescentes presentaron factores familiares por ambos padres y hermanos, el 20.5 por ciento madre y hermanos, el 19.2 por ciento madre, padrastro y hermanos, el 16.4 por ciento otras combinaciones, el 5.5 por ciento padre, madrastra y hermanos y el 4.1 por ciento padre, hermanos, ambos padres, abuelos y/o tíos.

Gráfico 9. Distribución de los factores familiares de los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.



Fuente: cuadro 9.

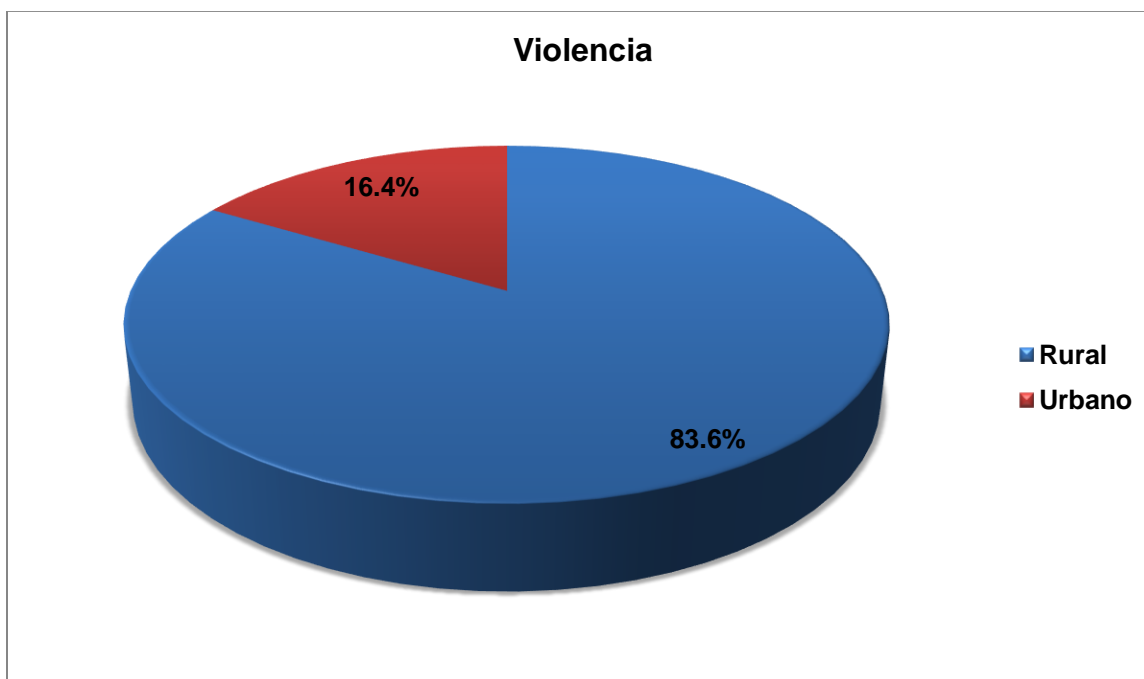
Cuadro 10. Distribución de presencia de violencia en los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.

Violencia	Frecuencia	%
Sí	61	83.6
No	12	16.4
Total	73	100.0

Fuente: Directa.

El 83.6 por ciento de los pacientes presentaron violencia y el 16.4 por ciento no.

Gráfico 10. Distribución de presencia de violencia en los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.



Fuente: cuadro 10.

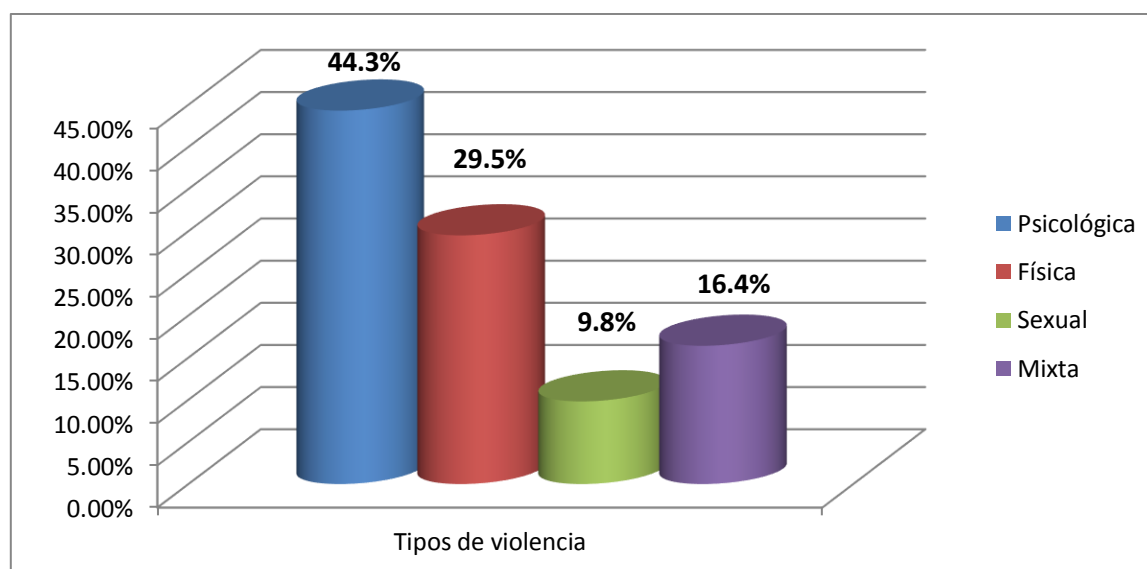
Cuadro 11. Distribución de los tipos de violencia en los adolescentes para para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.

Tipos de violencia	Frecuencia	%
Psicológica	27	44.3
Física	18	29.5
Sexual	6	9.8
Mixta	10	16.4
Total	61	100.0

Fuente: Directa.

El 44.3 por ciento de los adolescentes presentaron violencia psicológica, el 29.5 por ciento violencia física, el 9.8 por ciento violencia sexual y el 16.4 por ciento violencia mixta.

Gráfico 11. Distribución de los tipos de violencia en los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.



Fuente: cuadro 11.

Cuadro 12. Distribución de presencia de estresores en los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.

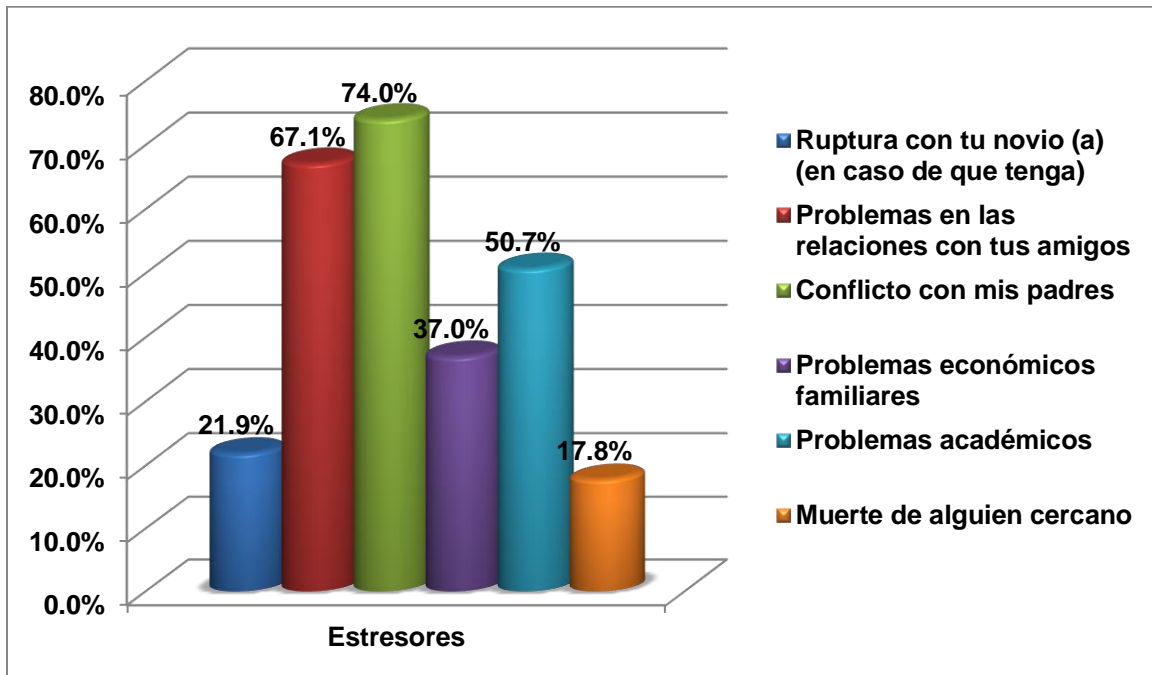
Estresores*	Frecuencia	%
Ruptura con tu novio (a) (en caso de que tenga)	16	21.9
Problemas en las relaciones con tus amigos	49	67.1
Conflicto con mis padres	54	74.0
Problemas económicos familiares	27	37.0
Problemas académicos	37	50.7
Muerte de alguien cercano	13	17.8

Fuente: Directa.

* Un mismo adolescente presento más de un problema de estrés.

El 74.0 por ciento de los adolescentes presentaron estrés por conflictos con los padres, el 67.1 por ciento problemas en las relaciones con sus amigos, el 50.7 por ciento problemas académicos, el 37.0 por ciento problemas económicos familiares, el 21.9 por ciento ruptura con tu novio (a) (en caso de que tenga) y el 17.8 por ciento muerte de alguien cercano.

Gráfico 12. Distribución de presencia de estresores en los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.



Fuente: cuadro 12.

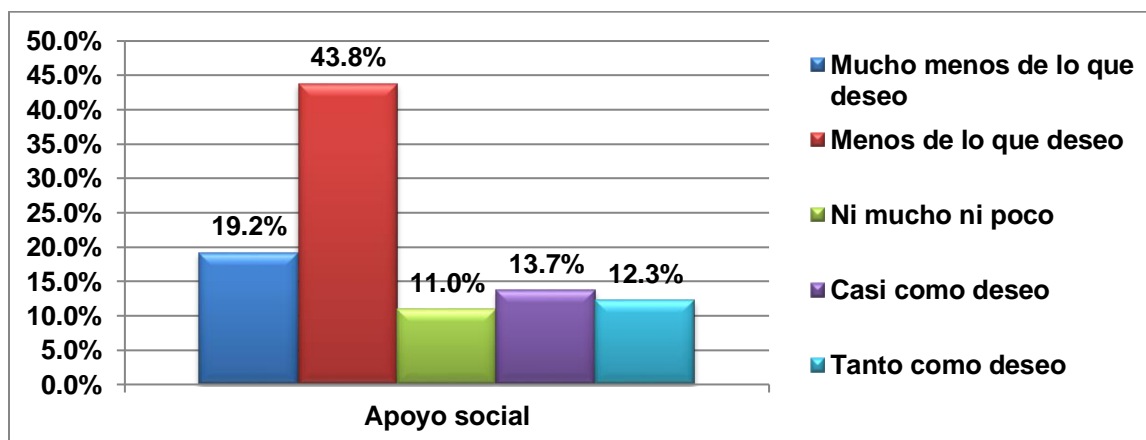
Cuadro 13. Distribución de apoyo social en los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.

Apoyo social	Frecuencia	%
Mucho menos de lo que deseo	14	19.2
Menos de lo que deseo	32	43.8
Ni mucho ni poco	8	11.0
Casi como deseo	10	13.7
Tanto como deseo	9	12.3
Total	73	100.0

Fuente: Directa.

El 43.8 por ciento de los adolescentes según el apoyo social tenían menos de lo que desean, el 19.2 por ciento mucho menos de lo que desean, el 13.7 por ciento casi como deseo, el 12.3 por ciento tanto como deseo y el 11.0 por ciento ni mucho ni poco.

Gráfico 13. Distribución de apoyo social en los adolescentes para determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor, de la Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro. Diciembre 2018- junio 2019.



Fuente: cuadro 13.

VIII. DISCUSIÓN.

Debido a la elevada prevalencia de los trastornos depresivos en la población adolescente y los riesgos y consecuencias que estos conllevan a largo plazo; nuestro objetivo fue identificar los determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al desarrollo y evolución de los episodios de depresión mayor, y establecer cuáles de estos tiene una mayor importancia en nuestra sociedad. Ya que se trata de una población vulnerable, nos pareció de especial importancia no solo identificar estos determinantes, pero asimismo compararlos con la literatura para guiar a los profesionales del área a un manejo integral de estos pacientes.

Respecto a una mayor prevalencia de estos trastornos en el sexo femenino la literatura refiere una relación que puede llegar hasta 2:1 en adolescentes³⁶. Esto fue corroborado por nuestro estudio en el cual 71.2 por ciento de la muestra total correspondió al sexo femenino. Un estudio por igual realizado por Rivera L., Hernández P., Pérez B., Leyva A., y Castro F., en las escuelas Públicas, en México en el año 2014, que también estudio factores asociados del individuo y familiares, encontró que el 55 por ciento de los estudiantes fueron mujeres. Este tipo de discrepancias pueden ser producto de diferencias en estos mismos determinantes sociodemográficos, ya que en nuestra muestra los pacientes eran en su mayoría de baja clase económica, donde las adolescentes pueden ser más vulnerables a violencia tanto psicológica, física y especialmente sexual.

Al comparar con el mismo estudio podemos observar que este determinante fue más prevalente. En nuestro estudio encontramos que el 83.6 por ciento fueron víctima de algún tipo de violencia comparado con un 60.0 por ciento en el estudio en las escuelas Públicas de México del año 2014.

Sobre los antecedentes familiares de episodios depresivos ya sea del padre, la madre o ambos conocemos que estos pueden representar una predisposición para la aparición de síntomas depresivos⁶. En nuestro caso el 28.8 por ciento de los adolescentes presentaron antecedentes de episodio depresivo de parte de la madre, 15.1 por ciento de parte del padre y 5.5 por ciento de ambos padres.

Estos resultados fueron similares a los obtenidos en el estudio realizado por Gordillo M., en el Hospital Nacional Guillermo Almera Irigoyen, en el año 2013,

Perú, en el cual el 53.0 por ciento de los casos tuvieron algún familiar de primer grado con diagnóstico de un trastorno depresivo. En este también la madre fue el familiar más comúnmente asociado. Es probable que esto se deba a la estructura matriarcal de las familias en países latinos, donde es más común que sea esta quien brinda estabilidad al hogar. En ausencia de esto pueden desarrollarse con más frecuencia estos trastornos.

Referente a la actividad física como factor comportamental se conoce que existe una relación inversa entre la actividad física basal y el desarrollo de depresión; como se resumió tras una revisión sistemática por Mammen y Faulkner de 25 a 30 estudios prospectivos desde 1988-2013⁶⁶. Nuestra investigación encontró falta de actividad física en un 69.9 por ciento de los adolescentes con depresión. Así confirmando la importante relación que existe entre este factor y el rol que podría tener la actividad física en la prevención de estos trastornos.

Dentro de los determinantes comportamentales también encontramos los hábitos tóxicos, donde encontramos que en el 41.1 por ciento de los adolescentes existía consumo de alcohol, en el 17.8 por ciento consumo de cigarrillos. Ambos hábitos han sido relacionados en la población general con el desarrollo de la depresión; con un aumento de un 2,0 y un 1,46 en la probabilidad respectivamente. Asimismo se ha demostrado que con el tabaquismo se duplica el riesgo en la aparición de la depresión de novo durante un periodo de 10 años^{67, 68}.

Sobre el consumo de sustancias ilegales encontramos que existía en el 13.7 por ciento de los adolescentes con depresión. Cifras muy parecidas a las de un estudio realizado por Gordillo M., en el Hospital Nacional Guillermo Almera Irigoyen, en el año 2013, Perú, donde se observó que el 19.3 por ciento de los casos presento este antecedente.

Con esta información nos parece importante recalcar la importancia de estos determinantes comportamentales y su relación simbiótica con los trastornos depresivos, donde ambas partes pueden ser detonantes para la otra. Todo esto en una población que se encuentra vulnerable a ellas, ya que conocemos la alta prevalencia del uso de sustancias en países desarrollados, especialmente en las clases más bajas. En un estudio realizado por Rivera L., Hernández P., Pérez B.,

Leyva A., y Castro F., en las escuelas Públicas, en México en el año 2014, se encontró que el 66.0 por ciento había consumido alcohol, el 69.0 por ciento había consumido tabaco, el 11.0 por ciento había consumido alguna vez drogas ilícitas. En otro estudio realizado por Ossa A., Sánchez A., Mejía C. y Bareño j., en Colombia, en el año 2016, el 18.5 por ciento había consumido sustancias ilegales.

Respecto a los principales estresores sociales en un estudio realizado por Ossa A., Sánchez A., Mejía C. y Bareño j., en Colombia, en el año 2016, el 88.0 por ciento presento violencia intrafamiliar o factores estresantes en la convivencia. Resultados similares a los nuestros donde encontramos un 74.0 por ciento, así la cohesión familiar parece ser un factor importante ya que funge como estabilizador para el adolescente en su núcleo más cercano. Aun así vemos una diferencia significativa en los resultados de este estudio con el nuestro en la ruptura de una relación ya que ellos encontraron un 61.0 por ciento. Atribuimos esto a que en muchas de nuestras entrevistas se encontraban presentes los padres de los adolescentes y es probable que estos últimos pudieran sentir una falta de privacidad para hablar abiertamente de ciertos temas.

En otro estudio realizado por Gordillo M., en el Hospital Nacional Guillermo Almera Irigoyen, en el año 2013, Perú, el estresor social más frecuente fue el conflicto con compañeros de clases en un 44.8 por ciento de los casos. En nuestro estudio ocupó el segundo lugar con un 67.1 por ciento (relación con amigos). Esta la vemos no solo como un factor predisponente para depresión pero también como una consecuencia de ella.

IX. CONCLUSIONES

Analizados y discutidos los resultados de este estudio es evidente el importante papel que juegan los determinantes social y psicopatológicos en el desarrollo y evolución de los trastornos depresivos.

Estos determinantes están presentes en el entorno de varios adolescentes. Identificarlos, en estudios en diferentes poblaciones, brinda la posibilidad de detectar de forma oportuna la aparición de un episodio de depresión mayor y así poder darles tratamiento, garantizando un mejor desarrollo y menores niveles de discapacidad.

Es fundamental la comprensión de estas determinantes para el desarrollo de planes de promoción de la salud, siendo importante el desarrollo de programas que busquen; reforzar la cohesión familiar, enfatizar la importancia de los maestros en el proceso de formación, así como brindar herramientas a los adolescentes para mejorar sus relación interpersonales y desempeño académico. Siempre asegurándoles el acceso oportuno a los servicios de salud a fin de limitar las consecuencias de estos trastornos.

Por estas razones y por la alta prevalencia de episodios depresivos moderado y severo, tanto en la literatura como en nuestro estudio se hace evidente la necesidad de este tipo de investigaciones.

Estudios más amplios de correlación en la población adolescente de diferentes hospitales del país aportarían aún más información, que a su vez sería utilizada para un mejor diagnóstico y un tratamiento más efectivo, así como también ayudaría a la prevención de episodios depresivos moderados y severos. Todo esto siendo fundamental para brindarles la mejor calidad de vida posible a nuestros adolescentes.

X. RECOMENDACIONES.

Luego de haber discutido, analizado y concluido los resultados procedemos a recomendar:

Para los profesionales de la salud

1. Orientarse sobre la prevalente presencia de trastornos depresivos en adolescentes moderados y severos, principalmente en edades comprendidas entre los 14 y los 16 años.
2. Orientarse sobre cuales determinantes sociales predisponen a sus pacientes a ser más vulnerables a trastornos depresivos.
3. Orientar a los padres sobre estos determinantes y que papel ellos juegan dentro de los episodios.
4. Fomentar a la población adolescente, principalmente a los hombres, a acudir a los centro de atención en caso de presentar sintomatología depresiva persistente por más de dos semanas.

Para las instituciones

5. Recomendamos la realización de estudios de incidencia de depresión mayor en niños y adolescentes con la finalidad de establecer el impacto de la enfermedad en la población pediátrica de la Republica Dominicana.
6. Al Sistema Nacional de Salud, trabajar en la creación de unidades de atención psiquiátrica infanto-juveniles en arenas rurales del país.
7. A las Universidades fomentar a los estudiantes de ciencias de la salud a tomar interés sobre la salud mental, y guiarlos a involucrase a actividades de desarrollo y conocimiento, reconociendo que la salud mental es básica y elemental para un correcto desarrollo del país y una correcta calidad de vida
8. A los centros educativos, recomendamos brindarle orientación a las familias de sus adolescentes, con la finalidad de crear conciencia sobre como el apoyo social percibido influye de forma significativa en el desarrollo de sintomatología depresiva.

XI. REFERENCIAS.

1. Henje Blom et al. The neuroscience and context of adolescent depression. *Acta Paediatrica* [internet]. 2016 [citado 8 enero 2018]; 105(4): 358-365. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.13299/full>
2. Gladstone T, Beardslee W, O'Connor E. The Prevention of Adolescent Depression. *Psychiatr Clin North Am* [internet]. 2011 [citado 8 enero 2018], 34(1): 35-52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3072710/>
3. GBD 2013 Collaboration. Global and national burden diseases and injuries among adolescent between 1990 and 2013: findings from the Global Burden of Disease 2013 Study. *JAMA pediatrics* [internet]. 2016 [citado 8 enero 2018]; 170(3): 267-287. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5076765/>
4. Thapar A, Collishaw S, Pine D, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet* [internet]. 2012 [citado 8 enero 2018]; 379(9820): 1056-1067. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3488279/#R11>
5. Bennett C, Bevan R, Smith D. Prevention strategies for adolescent depression. *Advances in Psychiatric Treatment* [internet]. 2014 [citado 8 enero 2018]; 20(2): 116-124. Disponible en: <http://apt.rcpsych.org/content/20/2/116/full-text.pdf+html>
6. Hoyos Z, Lemos M, Torre de Galvis Y. Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International journal of Psychological Research* [internet]. 2012 [citado 11 enero 2018]; 5(1): 109-221. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539013>
7. Rivera-Rivera L, Rivera-Hernández P, Pérez-Amezcuca B, de Castro F. Factores individuales y familiares con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud pública de México* [internet]. 2015 [citado 9 Enero 2018]; 57(3): 219-226. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n3/v57n3a10.pdf>

8. Ossa A, Sánchez A, Mejía C, Bareño j. Prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 y 17 años en Colombia. CES salud Pública [internet]. 2016 [citado 9 enero 2018], 7(1): 37-48. Disponible en:
http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3282/2643
9. Gordillo M. Factores de riesgo asociados a depresión en niños y adolescentes en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Reposito Académico Universidad de San Martín de Porres [internet]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2013 [citado 9 enero 2018]. Disponible en:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1424/1/Gordillo_ml.pdf
10. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health estimates. Ginebra: World Health Organization; 2017 [citado 16 enero 2018]. p. 8-12. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
11. Observatorio de Seguridad Ciudadana de la República Dominicana. Documento de Trabajo sobre Seguridad Ciudadana. <https://mi.gob.do/observatoriodeseguridadciudadana/images/documentos/OSC-DT/OSC-DT-044-Tablas-homicidios-suicidios-accTr-robAut-2016.pdf> (citado 10 de Mayo del 2017).
12. Quetglas A et al. Factores de riesgo de síndrome depresivo en adultos jóvenes. Actas Esp Psiquiatr [internet]. 2013 [citado 16 enero 2018]; 41(2): 84-96. Disponible en:
<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/82/ESP/15-82-ESP-84-96-410230.pdf>
13. Guillén E, Gordillo Montaña J, Ruiz Fernandez I, Gordillo Gordillo D, Gordillo Solanes T. ¿Depresión o evolución? Revisión Histórica y Fenomenológica del concepto Aplicado a la Infancia y la Adolescencia. INFAD [internet]. 2013 [citado 16 enero 2018]; 2(1): 499-506. Recuperado a

partir de: <http://www.redalyc.org/html/3498/349852173034/>

14. Haugen W, Haavet O, Sirpal M, Christensen K. Identifying depression among adolescents using three key questions: a validation study in primary care. *British Journal of General Practice* [internet]. 2016 [citado 16 enero 2018]; 66(643): e65-e70. Disponible en: <http://bjgp.org/content/bjgp/66/643/e65.full.pdf>
15. Acosta-Hernández ME et al. Depresión en la infancia y adolescencia. Enfermedad de nuestro tiempo. *Arch Neurocienc (Mex)* [internet]. 2011 [citado 16 enero 2018]; 16(3): 156-161. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane113h.pdf>
16. Gimenez M. Tratando...La depresión infantil. *Publicaciones Didácticas*. 2016 [citado 5 junio 2017]; 1(70): 349-352. Recuperado a partir de: <http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/070092/articulo-pdf>
17. Ministerio de Salud Pública. Guía Clínica AUGE. Depresión en personas de 15 años y más. Serie Guías clínicas MINSAL. Santiago, Chile 2013 [citado 7 junio 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
18. Moya J, Fernández N. Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral* [internet]. 2017 [citado 7 junio 2017]; XXI (2): 116.e1 – 116.e6. Recuperado a partir de: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Depresi%C3%B3n%20y%20suicidio%20en%20la%20infancia%20y%20adolescencia%20.pdf>
19. Rush J, Keller M, Bauer M, Dunner D. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. London, England. 2013 [citado 8 junio 2017]. Recuperado a partir de: <http://displus.sk/DSM/subory/dsm5.pdf>
20. Mitjans M, Arias B. La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? [Revision]. *Actas Esp Psiquiatr* [internet]. 2012 [citado 10 junio 2017]; 40(2): 70-83. Recuperado a partir de: <http://www.actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-70-83-680417.pdf>

21. Cruzblanca Hernández H, Lupercio Coronel P, colas Aguilar J, Castro Rodríguez E. Neurobiología de la depresión y su tratamiento farmacológico. Salud Mental [internet]. 2016 [citado 14 junio 2017]; 39(1): 47-58. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58243960007.pdf>
22. Pierz KA, Thase ME. A Review of Vilazodone, Serotonin, and Mayor Depressive Disorder [Resumen]. Prim Care Companion CNS Disord [internet]. 2014 [citado 14 junio 2017]; 16(1):e1-e8. Recuperado a partir de: <http://www.psychiatrist.com/pcc/article/Pages/2014/v16n01/13r01554.aspx>
23. Cowen PJ, Browning M. What has serotonin to do with depression. World Psychiatry [internet]. 2015 [citado 14 junio 2017]; 14(1): 158-160. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4471964/pdf/wps0014-0158.pdf>
24. Daniele A et al. Serotonin Transporter Polimorphism in Major Depressive Disorder (MDD), Psychiatric Disorders, and in MDD in Response to Stressful Life Events: Causes and Treatment with Antidepressant [Resumen]. In vivo [Internet]; 2011 [citado 14 junio 2017] 25(6): 895-901. Recuperado a partir de: <http://iv.iiarjournals.org/content/25/6/895.full.pdf>
25. Chandley MJ, Ordway GA. Noradrenergic dysfunction in Depression and Suicide. En: Dwivedi Y, editos. The neurobiological Basis of suicide [internet]. Boca Raton (FL): CRC Press, 2012 [citado 16 junio 2017]. Capítulo 3. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK107205/>
26. Singh AB, Bousman CA, Hong C, Byron K, Berk M. Effects of Persisting Emotional Impact from child Abuse and Norepinephrine Transporter Genetic Variation on antidepressant efficacy in major Depression a Pilot Study. Clinical Psychopharmacology and Neuroscience [internet 16 junio 2017]. 2015 [citado 17 junio 2017]; 13(1): 53-61. Recuperado a partir de: <http://www.cpn.or.kr/journal/view.html?uid=323&vmd=Full>
27. Xinrong Li et al. The norepinephrine transporter gene is associated with the

- retardation symptoms of major depressive disorder in the Han Chinese population. *Neural Regen Res* [internet]. 2012 [citado 17 junio 2017]; 7(25): 1985-1991. Recuperado a partir de: <https://pdfs.semanticscholar.org/315f/4e0ab59dac17691068ee8fdde111c25459f8.pdf>
28. Treadway MT, Pizzagalli DA. Imaging the pathophysiology of major depressive disorder – from localist models to circuit-based analysis [Resumen]. *Biology of mood & Anxiety Disorders* [internet]. 2014 [citado 19 junio 2017]; 4(5): 1-13. Recuperado a partir de: <https://biolmoodanxietydisord.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/2045-5380-4-5?site=biolmoodanxietydisord.biomedcentral.com>
29. Fekadu N, Shibeshi W, Engidawork E. Major Depressive Disorder: Pathophysiology and Clinical Management. *J Depress Anxiety* [internet]. 2017 [citado 19 junio 2017]; 6(1): 3-7. Recuperado a partir de: <https://www.omicsonline.org/open-access/major-depressive-disorder-pathophysiology-and-clinical-management-2167-1044-1000255.pdf>
30. Callado L. Bases Neurobiológicas de la Depresión. Colección de maestros, serie depresión [internet]. 2011 [citado 20 junio 2017]. 1(3): 4-7. Recuperado a partir de: http://www.siicsalud.com/pdf/tm_depresion_1_3_80311.pdf
31. Zhand J et al. The regulation of corticosteroid receptors in response to chronic social defeat. *Neurochemistry International* [internet]. 2017 [citado 20 junio 2017]; 1(13): 1-14. Recuperado a partir de: https://www.researchgate.net/publication/317291363_The_regulation_of_corticosteroid_receptors_in_response_to_chronic_social_defeat
32. Shangli Cai et al. New hypothesis and treatment target of depression: an integrated view of key findings [Review]. *Neurosci Bull* [internet]. 2015 [citado 22 junio 2017]; 31(1): 61-74. Recuperado a partir de: <http://www.neurosci.cn/news/upload/20161013-1141-61.pdf>
33. Duman RS, Voleti B. Signaling pathways underlying the pathophysiology

- and treatment of depression: novel mechanisms for rapid-acting agents [review]. Trends in Neurosciences [internet]. 2012 [citado 22 junio 2017]; 35(1): 47-56. Recuperado a partir de: [http://www.cell.com/trends/neurosciences/fulltext/S0166-2236\(11\)00191-3](http://www.cell.com/trends/neurosciences/fulltext/S0166-2236(11)00191-3)
34. Acosta-Hernández ME et al. Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. Arch Neurocién [internet]. 2011 [citado 23 junio 2017]; 16(1): 20-25. Recuperado a partir de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane111e.pdf>
35. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm> (citado 20 de Mayo del 2017).
36. Martínez-Martín N. Trastornos depresivos en niños y adolescentes. An Pediatr Contin [internet]. 2014 [citado 23 junio 2017]; 12(6): 275-365. Recuperado a partir de: <http://www.apcontinuada.com/es/trastornos-depresivos-ninos-adolescentes/articulo/90371052/>
37. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in children and young people: identification and management in Primary, Community and secondary Care [Internet]. Londres, Reino Unido; marzo 2015 [citado 25 junio del 2017]. p. 9-31 Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg28/evidence/addendum-pdf-193488882>
38. Sanno Z., Saekow J., Radke A. Treating Adolescent Depression with Psychotherapy: The three Ts [internet]. Estados Unidos: UBM Medica LLC; 6 noviembre 2012 [25 junio del 2017]. Disponible en: <http://www.psychiatrictimes.com/adhd/treating-adolescent-depression-psychotherapy-three-ts/page/0/1>
39. Gledhill J. Hodes M. Management of depression in children and adolescents. Progress in Neurology and psychiatry [internet]. 9 abril 2015 [25 junio del 2017]; vol 19 (2): 28-33. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pnp.375/pdf>

40. O'shea G. Spence S. Donovan C. Group versus Individual Interpersonal Psychotherapy of Depressed Adolescents. Griffith Research Online [internet]. Australia, Brisbane, Griffith university; 2014 [1 julio 2017]; 1-19. Disponible en: https://research-repository.griffith.edu.au/bitstream/handle/10072/64795/97920_1.pdf%3Bjsessionid=123543BFBE57058CBEF943D70E395135?sequence=1
41. Brown G., Atkinson J., Jenkins P., Hewitt J. Guidance on the Use of Antidepressants in Children and Adolescents. Sussex Partnership, NHS [internet]. London, United Kingdom; Enero 2014 [enero 2016; 4 julio 2017]. Disponible en: http://www.sussexpartnership.nhs.uk/sites/default/files/documents/camhs_ad_guidance_v2_final_-_0114.pdf
42. Maughan B., Collishaw S., Stringaris A. Depression in childhood and Adolescence. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry [internet]. Febrero 2013 [4 julio 2017]; 22(1): 35-40. Disponible en: http://www.cacap-acpea.org/uploads/documents/Depression_in_Childhood_Maughan.pdf
43. Zhou et al. Systematic review of management for treatment-resistant depression in adolescent [review]. BMC psychiatry [internet]. 2014 [4 julio 2017]; vol 14 (340): 1-9. Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-014-0340-6?site=bmcp psychiatry.biomedcentral.com>
44. Carandang C. Jabbar R. MacBride A. Elbe D. A Review of Escitalopram and Citalopram in Child and Adolescent Depression. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry [internet]. Canada. Noviembre 2011 [7 julio 2017]; vol 20(4): 315-324. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222577/>
45. Bada A. Manejo de psicofármacos. ADOLESCERE [internet]. mayo 2014 [7 julio 2017]; vol 2 (2): 103-111. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/Adolescere%20Volumen%20II-2%20v5.pdf>
46. Viner RM et al. Adolescence and the social determinants of health. Lancet

- [internet]. 2012 [citado 8 agosto]; 379: 1641-1652. Disponible en: http://www.spaj.org.pe/wp-content/uploads/2016/05/Adolescence_and_the_social_determinants_of_health.pdf
47. ODES Colombia. Observatorio para Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud [internet]. Bogotá, Colombia: Diciembre 2015 [citado 8 agosto]. P. 33-55. Disponible en: http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1452159783-OC_guia_ross_odes_colombia.pdf
48. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías. Rev Panam Salud Publica [internet]. 2015 [citado 8 agosto]; 38(4): 261-271. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v38n4/v38n4a01.pdf
49. Caballero GE, Moreno GM, Sosa CM, Mitchell FE, Vega HM, Columbié PL. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. INFODIR [internet]. 2012 [citado 10 agosto 2017]; 8(15): 1-9. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenI.cgi?IDARTICULO=50382>
50. De la Torre-Ugarte-Guanilo M, Oyola-García A. Los determinantes de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición. Rev Peruana de Epidemiología [internet]. 2014 [11 agosto 2017]; 18(1): 1-6. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/html/2031/203132677002/>
51. Otero-Puime A, Zunzunegui MV. Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención primaria. En: Martín Zurro A, Jorda Sola G, editores. Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Barcelona: Elsevier; 2011 [citado 10 agosto 2017]. P.88-98. Disponible en: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio-basica-1.2.2-1.pdf>
52. Jerez-Mendoza M, Oyarzo-Barría C. Estrés académico en estudiantes del

- Departamento de Salud de la Universidad de los Lagos Osomo. Rev Chil Neuro-Psiquiat [internet]. 2015 [citado 14 agosto 2017]; 53(3): 149-157. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3315/331542277002.pdf>
53. Romero RD. The Teenage Brain: The Stress Reponse and the Adolescent Brain. Curr Dir Psychol Sci [internet]. 2013 [citado 14 agosto 2017]; 22(2): 140-145. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4274618/pdf/nihms627920.pdf>
54. Khan S, Khan RA. Chronic Stress Leads to Anxiety and Depression. Ann Psychiatry Ment Health [internet]. 2016 [citado 16 agosto 2017]; 5(1): 1091. Disponible en: <https://www.jscimedcentral.com/Psychiatry/psychiatry-5-1091.pdf>
55. Espina M, Calvete E. Estilos de afrontamiento y generación de estrés interpersonal en adolescentes. Revista de Psicopatología y Psicología clínica [internet]. 2017 [citado 17 agosto 2017]. 22(1): 21-32. Disponible en: [http://www.aepp.net/arc/Revista%20de%20Psicopatologia%20y%20Psicologia%20Clinica_Vol.22\(1\).2017_Parte6.pdf](http://www.aepp.net/arc/Revista%20de%20Psicopatologia%20y%20Psicologia%20Clinica_Vol.22(1).2017_Parte6.pdf)
56. Viñas F, Gonzales M, García Y, Malo S, Casas F. Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. Anales de psicología [internet]. 2015 [citado 19 agosto 2017]; 31(1): 226-233. Disponible en: <https://dugidoc.udg.edu/bitstream/handle/10256/9844/EstilosEstrategias.pdf?sequence=1>
57. Caycho T, Castilla H, Shimabukuro M. Afrontamiento en adolescentes peruanos análisis confirmatorio de la Adolescent coping scale versión abreviada. Eureka [internet]. 2014 [citado 20 agosto 2017]; 11(2): 187-203. Disponible en: <http://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-11-2-9.pdf>
58. Solis C, Vidal A. Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. Revista psiquiátrica y salud mental Hermilio valdizan [internet]. 2011 [citado

- 20 agosto 2017]; VII(1): 33-39. Disponible en: <http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/3%20ESTILOS%20Y%20ESTRATEGIAS%20DE%20AFRONTAMIENTO.pdf>
59. Fachado A, Menéndez M, Gonzáles L. Apoyo social: Mecanismo y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria* [internet]. 2013 [citado 23 agosto 2017]; 19:118-123. Disponible en: <http://bit.ly/2AFxBHG>
60. Aranda C, Pando M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *IIPSI* [internet]. 2013 [citado 23 agosto 2017]; 16(1): 233-245. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/viewFile/3929/3153>
61. Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio universitario. *Avances en psicología latinoamericana* [internet]. 2015 [citado 23 agosto 2017]. 33(1): 31-43. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n1/v33n1a03.pdf>
62. Nava E, Terán M, Moreno A, Bazán M. Temas de salud y redes de apoyo en un grupo de adolescentes de la Clínica de Medicina Familiar “Oriente” del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* [internet]. 2011 [citado 2 septiembre 2017]. 12(1): 46-52. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47311958008.pdf>
63. Rico L et al. Loneliness, Social Networks, and Health: a Cross-Sectional Study in Three Countries. *Plos One* [internet]. 2016 [citado 2 septiembre 2017]; 11(1): e0145264. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0145264&type=printable>
64. Suarez M. identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Rev Med La Paz* [internet]. 2011 [citado 2 septiembre]; 17(1): 60-67. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v17n1/v17n1_a10.pdf

65. Dabas E et al. Redes en Salud. En: Rossen M. Posgrado en salud Social y Comunitaria: Modulo 9 Salud y redes. 1a ed. Buenos Aires: Ministerio de salud de la Nación; 2011 [citado 5 septiembre 2017]. p. 35-60. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/M09-Redes.pdf>
66. Mammen G, Faulkner G. Physical Activity and the Prevention of Depression: A Systematic Review of Prospective Studies. *Am j Prev Med* [internet]. 2013 [citado 7 septiembre 2017]. 45(5): 649-657. Disponible en: <http://pilarmartinescudero.es/nov13/tratamprevenciondepresion.pdf>
67. Boden J, Fergusson D. Alcohol and depression [review]. *Addiction* [internet]. 2011 [citado 10 septiembre]; 106: 906-914. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/50303291_Alcohol_and_depression
68. Pasco J et al. Tobacco smoking as risk factor for major depressive disorder: population-based study. *BJPsych* [internet]. 2011 [citado 12 septiembre del 2017]; 193: 322-326. Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/193/4/322.full.pdf>
69. Lev-Ran S et al. The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies [Review]. *Psychological Medicine* [internet]. 2013 [citado 14 septiembre del 2017]; 44(4): 797-810. Disponible en: <http://bit.ly/2jca3Wm>
70. Horwood LJ et al. Cannabis and depression: an integrative data analysis of four Australasian cohorts. *Drug and Alcohol dependence* [internet]. 2012 [citado 14 septiembre del 2017]; 126: 369-378. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/228101234>
71. Shittu R et al. Social Determinants of Depression: Social cohesion, Negative Life events, and Depression Among people Living with HIV/aids in Nigeria, West Africa. *IJMA* [internet]. 2014 [citado 17 septiembre 2017]; 2(2): 174-181. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4948142/pdf/IJMA-2-174.pdf>
72. Ge L, Yap CW, Ong R, Heng BH. Social isolation, loneliness and their

- relationships with depressive symptoms: a population-based study. PlosOne [internet]. 2017 [citado 17 septiembre 2017]; 12(8): e0182145. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0182145>
73. Hall-Lande J. Social isolation, psychological health, and protective factors in adolescence. ASOLESCENCE [internet]; 2011 [citado 17 septiembre 2017]; 42(166): 265-286. Disponible en: https://www.beyonddifferences.org/media/uploads/teacher-docs/consequences_of_social_isolation_2015-2016.pdf
74. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica 2015; VI (2):321.
75. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2017.

XII. ANEXOS.

XII.1. Cronograma

Actividades	Tiempo 2017-2020
Selección del tema	Mayo 2017
Búsqueda de referencias	Julio- Septiembre 2017
Elaboración del anteproyecto	Octubre 2017- Octubre 2018
Sometimiento y aprobación	Diciembre 2018
Ejecución de las encuestas entrevistas	Diciembre 2018 – Junio 2019
Tabulación y análisis de los datos	Julio-Agosto 2019
Redacción del informe	Septiembre –Octubre 2019
Revisión del informe por los asesores	Octubre-Noviembre 2019
Encuadernación (empaste)	Enero 2020
Presentación	Febrero 2020

XII.2. Consentimiento Informado

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina

Determinantes sociales y psicopatológicos relacionados al trastorno de depresión mayor en adolescentes de la unidad psiquiátrica infanto-juvenil del Hospital Materno Infantil Santo Socorro, durante el periodo Diciembre 2018-Junio 2019

Estimado paciente, padres y tutores legales.

El propósito de este estudio es identificar los determinantes sociales y psicopatológicos presentes en los adolescentes con trastorno de depresión mayor. Para la realización de este estudio será necesario la realización de una encuesta.

Su participación en esta investigación no le proporcionará ninguna clase de beneficio económico ni de ninguna otra clase, y la misma no presenta ninguna clase de riesgo a su persona.

En dicha encuesta se le pedirá que nos proporcione datos personales, los cuales no serán divulgados, ni utilizados con otros fines fuera de la investigación.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Ustedes pueden elegir participar o no hacerlo. Tanto si eligen participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este centro de salud y nada cambiará. Ustedes pueden cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando hayan aceptado antes.

Este trabajo de investigación es realizado por Joel Arturo Suncar Urbaéz y Daniel Alejandro Pierre Ramírez, está avalado por la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, como por departamento de enseñanza el Hospital Materno Infantil Santo Socorro.

Hemos leído la información proporcionada o nos ha sido leída. Hemos tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se nos ha contestado satisfactoriamente las preguntas que hemos realizado.

Consentimos voluntariamente participar en esta investigación como participantes y entendemos que tenemos el derecho de retirarnos de la investigación en cualquier momento sin que esto afecte en ninguna manera el cuidado médico.

Nombre del Paciente Participante _____

Firma del Padre o Tutor Legal Participante _____

Fecha _____

XII.3. Instrumento de recolección de datos

XII.3.1 Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Instrucciones: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 y el ítem 18.

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pasamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1 Tengo menos energía que la que solía tener.

2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los hábitos de sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a Duermo un poco más que lo habitual.

1b Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b Duermo mucho menos que lo habitual

3a Duermo la mayor parte del día

3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a Mi apetito es mucho menor que antes.

2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3a No tengo apetito en absoluto.

3b Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____

XII.3.2 Cuestionario de determinantes sociales y psicopatológicos relacionados a trastornos depresivos

Encuesta

ID #: _____

Datos generales

1. Edad: _____ Años

2. Sexo: a) M b) F

3. Procedencia
 - a) Rural
 - b) Urbano

4. Escolaridad:
 - a) Analfabeta
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Técnico

5. Ocupación:
 - a) Estudiante
 - b) Trabajo ocasional
 - c) Empleado
 - d) Ninguna

Antecedentes

6. Familiar de primer grado (madre o padre) con antecedentes de un episodio depresivo
 - a) Padre
 - b) Madre

- c) Ambos
- d) Ninguno

Factores comportamentales

- 7. Falta de actividad física
 - a) Si
 - b) No
- 8. Consumo de alcohol
 - a) Si
 - b) No
- 9. Consumo de cigarrillos
 - a) Si
 - b) No
- 10. Consumo de otras sustancias
 - a) Si
 - b) No

Factores familiares

- 11. ¿Con quienes vives?
 - a) Ambos padres y hermanos
 - b) Madre y hermanos
 - c) Padre y hermanos
 - d) Madre, padrastro y hermanos
 - e) Padre, madrastra y hermanos
 - f) Padres, abuelos y o tíos
 - g) Otras combinaciones

Violencia

- 12. ¿Has sido víctima de algún tipo de violencia antes de desarrollar depresión?
 - a) Si

b) No

13. Si tu respuesta fue si, especifica el tipo de violencia:

a) Violencia Física

b) Violencia Psicológica

c) Violencia sexual

d) Negligencia

Estresores

14. Ruptura con tu novio(a) (en caso de que tenga):

a) Si

b) No

c) No aplica

15. Problemas en las relaciones con tus amigos

a) Si

b) No

16. Conflicto con mis padres

a) Si

b) No

17. Problemas económicos familiares

a) Si

b) No

18. Problemas académicos

a) Si

b) No

19. Muerte de alguien cercano

a) Si

b) No

Apoyo social

En la siguiente lista se muestran una serie de hechos y circunstancias que la gente puede dar u ofrecer y que nos sirven de ayuda o apoyo. Lea cuidadosamente cada frase y coloque un círculo en el espacio que más se acerque a la realidad de su vida en un ámbito regular.

20. Recibo visitas de mis amigos y familiares

- a) Mucho menos de lo que deseo
- b) Menos de lo que deseo
- c) Ni mucho ni poco
- d) Casi como deseo
- e) Tanto como deseo

21. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa

- a) Mucho menos de lo que deseo
- b) Menos de lo que deseo
- c) Ni mucho ni poco
- d) Casi como deseo
- e) Tanto como deseo

22. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo

- a) Mucho menos de lo que deseo
- b) Menos de lo que deseo
- c) Ni mucho ni poco
- d) Casi como deseo
- e) Tanto como deseo

23. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede

- a) Mucho menos de lo que deseo
- b) Menos de lo que deseo
- c) Ni mucho ni poco

- d) Casi como deseo
- e) Tanto como deseo

24. Recibo amor y afecto

- a) Mucho menos de lo que deseo
- b) Menos de lo que deseo
- c) Ni mucho ni poco
- d) Casi como deseo
- e) Tanto como deseo

25. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en la casa

- a) Mucho menos de lo que deseo
- b) Menos de lo que deseo
- c) Ni mucho ni poco
- d) Casi como deseo
- e) Tanto como deseo

26. Tengo posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos

- a) Mucho menos de lo que deseo
- b) Menos de lo que deseo
- c) Ni mucho ni poco
- d) Casi como deseo
- e) Tanto como deseo

27. Recibo invitaciones para distraerme o salir con otras personas

- a) Mucho menos de lo que deseo
- b) Menos de lo que deseo
- c) Ni mucho ni poco
- d) Casi como deseo
- e) Tanto como deseo

28. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida

- a) Mucho menos de lo que deseo
- b) Menos de lo que deseo
- c) Ni mucho ni poco
- d) Casi como deseo
- e) Tanto como deseo

29. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en cama

- a) Mucho menos de lo que deseo
- b) Menos de lo que deseo
- c) Ni mucho ni poco
- d) Casi como deseo
- e) Tanto como deseo

XII.4. Costos y recursos

XII.4.1. Humanos				
<ul style="list-style-type: none"> • 2 sustentantes • 1 asesor metodológico • 1 asesor clínico • Estadígrafo • 1 Secretaria • Adolescentes que participaran en el estudio 				
XII.4.2. Equipos y materiales		Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)		8 resmas	250.0	2000.00
Papel Mistique		1 resmas	180.00	180.00
Lápices		5 unidades	10.00	50.00
Borras		2 unidades	10.00	20.00
Bolígrafos		10 unidades	15.00	150.00
Sacapuntas		2 unidades	10.00	20.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x Impresora HP 932c Scanner: Microteck 3700 Software: Microsoft Windows 7 Microsoft Office 2010 Google Chrome Internet service Omnipage Pro 10 Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0 Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data proyector				
Cartuchos HP 45 A y 78 D		4 unidades	600.00	1,200.00
Calculadora		2 unidades	75.00	150.00
XII.4.3 Información				
Adquisición de libros				
Revistas				
Otros documentos				
XII.4.4. Económicos*				
Papelería(copias)		1800 copias	1.5	2,700
Encuadernación		12 informes	60.00	720
Alimentación				2000
Transporte			4000	4000
Inscripción de la tesis				13,500
Presentación de la tesis				14,500
Imprevistos (10,%)				4,119
Total			RD\$	45,310.00

XII.5. Evaluación

Sustentantes:

Joel Arturo Suncar Urbaéz

Daniel Alejandro Pierre Ramírez

Asesores:

Dr. Luis Isidro Ortega
(Clínico)

Rubén Darío Pimentel
(Metodológico)

Jurado:

Autoridades:

Dra. Claudia Scharf
Director de la Escuela de Medicina

Dr. William Duke
Decano de la Facultad de Ciencias
de la Salud

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____