

República Dominicana  
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Medicina  
Hospital Dr. Luis E. Aybar  
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DEL  
LICEO JUAN PABLO DUARTE, ENERO-MARZO, 2020



Tesis de posgrado para optar por el título de especialista en:  
**MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Sustentante

Dra. Rosa Amelia Celedonio Encarnación

Asesora

Dra. Claridania Rodríguez Berroa

Los conceptos expuestos en la presente tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante

Distrito Nacional: 2020

## CONTENIDO

|  |    |
|--|----|
| Agradecimiento   |    |
| Dedicatoria  |    |
| Resumen  |    |
| Abstract   |    |
| I. Introducción  | 1  |
| I.1. Antecedentes                                      | 2  |
| I.2. Justificación                                     | 4  |
| II. Planteamiento del problema                         | 5  |
| III. Objetivos   | 7  |
| III.1. General   | 7  |
| III.2. Específicos                                     | 7  |
| IV. Marco teórico                                      | 8  |
| IV.1. Generalidades sobre la adolescencia              | 8  |
| IV.1.1. Conceptualización de la adolescencia           | 11 |
| IV.1.2. Clasificación de la adolescencia               | 12 |
| IV.2.1. Depresión                                      | 12 |
| IV.2.1.1 Historia                                      | 12 |
| IV.1.2.2. Definición                                   | 17 |
| IV.1.2.3. Etiología                                    | 18 |
| IV.1.2.4. Epidemiología                                | 18 |
| IV.1.2.5. Factores de riesgo                           | 20 |
| IV.1.2.6. Sintomatología                               | 26 |
| IV.1.2.7. Diagnóstico                                  | 27 |
| IV.1.3.8. Diagnóstico diferencial                      | 30 |
| IV.1.3.9 Abordaje de la depresión en atención primaria | 30 |
| IV.1.3.10. Tratamiento                                 | 31 |
| IV.1.3.11. Prevención                                  | 39 |
| V. Operacionalización de las variables                 | 42 |
| VI.3. Material y métodos                               | 43 |
| VI.1. Tipo de estudio                                  | 43 |
| VI.2. Área de estudio                                  | 43 |
| VI.3. Universo   | 43 |

|   |    |
|---|----|
| VI.4. Muestra                             | 43 |
| VI. Criterios de inclusión                | 43 |
| VI.6. Criterios de exclusión              | 43 |
| VI.7. Instrumento de recolección de datos | 44 |
| VI.8. Procedimiento                       | 44 |
| VI.9. Tabulación                          | 44 |
| VI.10. Análisis                           | 44 |
| VI.11. Principios éticos y bioéticos      | 45 |
| VII. Resultados                           | 46 |
| VIII. Discusión                           | 55 |
| IX. Conclusiones                          | 58 |
| X. Recomendaciones                        | 59 |
| XI. Referencias                           | 60 |
| Anexos                                    |    |
| Evaluación                                |    |

## **AGRADECIMIENTO**

A DIOS.

Por darme la Vida, por permitirme lograr ver realizada una más de mis metas.

Al Hospital Dr. Luis E. Aybar.

Por darme la oportunidad de formarme como Médico Familiar y Comunitario.

A la universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Por darme la oportunidad de formar parte de su familia.

A los Profesores.

Por su labor, esfuerzo y empeño de formarnos como profesionales con principios y valores.

A mis Asesoras, Dra. Claridania Rodríguez Berroa y la Lic. Gladis García Contrera.

Por su tiempo, empeño y dedicación durante la realización de este trabajo de Tesis.

La sustentante.

## **DEDICATORIA**

A DIOS:

Por ser mi sostén, mi fortaleza y mi guía.

A mi Padre: Pablo Celedonio.

Gracias por haberme dado la vida, por estar ahí siempre, porque sin su ayuda, cariño y apoyo este sueño no hubiese sido posible.

En Memoria a mi madre: Rosalía Encarnación Reyes.

Gracias por darme la vida, por su ayuda, cariño y apoyo. Y aunque físicamente no esté presente ya que partió al cielo, junto con el Padre, su amor y consejo de madre siempre me han acompañado en todo momento.

A mi esposo: Aníbal Bierd Varga.

Gracias a DIOS por haberte puesto en mi camino, por premiarme con el regalo de tu amor, comprensión, dedicación. Gracias por ser el mejor esposo, compañero y amigo. Que DIOS te bendiga.

## **RESUMEN**

La investigación presente se encuentra dentro del tipo descriptivo, prospectivo, y de corte transversal, enmarcándose dentro de un cuadro cuantitativo y cualitativo, cuyo objetivo principal se centró en determinar la prevalencia de depresión en adolescente del Liceo Juan Pablo Duarte. El universo estuvo conformado por 723 adolescentes muestra fue de 90 de ellos. Se reporta que el 62.0 por ciento no se encontraban padeciendo depresión y un 31.0 por ciento presentaron depresión leve, un 64.0 por ciento estaba comprendidos entre 14-16 años, el 60.0 por ciento correspondió al género femenino, el 49.0 por ciento profesaba la religión católica, un 55.0 por ciento procedía de familia nuclear, de los 58 adolescentes comprendidos entre 14-16 años, el 59.0 por ciento no presentó depresión, un 34.0 por ciento depresión leve y el 7.0 por ciento moderada, de los 54 adolescentes correspondiente al género femenino, un 67.0 por ciento no presentó depresión, el 22.0 por ciento depresión leve y el 11.0 por ciento moderada, de los 44 adolescentes correspondientes a la religión católica, un 59.0 por ciento no presentó depresión, el 36.0 por ciento depresión leve y un 5.0 por ciento moderada y de los 50 adolescentes viviendo en familia nuclear, el 68.0 por ciento no presentó depresión, un 28.0 por ciento depresión leve y el 4.0 por ciento moderada.

**Palabras clave:** Depresión, adolescente, género, tipología familiar.

## **ABSTRACT**

The present research is within the descriptive, prospective, and cross-sectional type, framed within a quantitative and qualitative table, the main objective of which was to determine the prevalence of depression in adolescents at the Liceo Juan Pablo Duarte. The universe was made up of 723 adolescents sample was 90 of them. It is reported that 62.0 percent were not suffering from depression and 31.0 percent had mild depression, 64.0 percent were between 14-16 years old, 60.0 percent were female, 49.0 percent professed the Catholic religion , 55.0 percent came from the nuclear family, of the 58 adolescents between 14-16 years old, 59.0 percent did not present depression, 34.0 percent mild depression and 7.0 percent moderate, of the 54 adolescents corresponding to the female gender , 67.0 percent had no depression, 22.0 percent mild depression and 11.0 percent moderate, of the 44 adolescents corresponding to the Catholic religion, 59.0 percent had no depression, 36.0 percent mild depression and 5.0 percent. One hundred moderate and of the 50 adolescents living in a nuclear family, 68.0 percent had no depression, 28.0 percent mild depression, and 4.0 percent moderate.

**Key words:** Depression, adolescent, gender, family typology.

## **I. INTRODUCCIÓN**

Se estima que la depresión será el problema de mayor impacto en la salud de la población de países en vías de desarrollo en el año 2020 y es la psicopatología más importante como precondition para un futuro intento de suicidio en jóvenes<sup>4</sup> que figura como una de las principales causas de muerte en esta etapa de la vida. Existe significativa evidencia de la continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y su prolongamiento durante la etapa adulta, resultando en altos índices de hospitalizaciones psiquiátricas y clínicas, así como de problemas laborales y de relación futuros.<sup>1</sup>

También, el trastorno depresivo se encuentra asociado al uso abusivo de alcohol y drogas, a trastornos alimentarios, a conductas de riesgo, a promiscuidad sexual, a conductas delictivas y a hiperagresividad, lo que nos hace entender que la depresión en la adolescencia, además del coste personal, acarrea un grave coste social, por la repercusión comunitaria que genera.

La enfermedad depresiva y sus consecuencias, como la propia adolescencia, aunque reconocidas como relevantes, pasan muchas veces sin recibir la atención debida<sup>8-10</sup>. Los adolescentes deprimidos son poco identificados por sus padres, no buscan ayuda en ellos y son reticentes a consultar a un profesional de la salud.<sup>2</sup>

Cuando recurren a la atención médica, lo hacen con quejas primariamente somáticas y, como resultado, este grupo se vuelve vulnerable a no tener sus problemas emocionales identificados que tal vez no podrán resolverse de forma espontánea, sino al contrario, posteriormente dificultarán el desarrollo psíquico normal de la adolescencia y de la vida adulta.<sup>3</sup>

Debido a que muchos casos no llegan a los profesionales de la salud mental, el reconocimiento de los médicos de atención primaria, así como su intervención, son esenciales. Las unidades de atención primaria desempeñan la función de «puerta de entrada» del sistema de salud pública de República Dominicana y de muchos países, encontrándose, pues, en un lugar privilegiado para intervenciones preventivas.



## I.1. Antecedentes

Dos Santos L, Béria U, Alonso E., llevaron a cabo un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de investigar la prevalencia de depresión y su relación con el motivo de la consulta y el diagnóstico médico entre 13 y 19 años, que acudieron a 10 unidades de atención primaria para consultar con médico no psiquiatra entre octubre-enero, 2018. La prevalencia fue del 26,5% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 22,6-30,4%). Hubo un 99,2% de casos de depresión no identificados. Las quejas estuvieron dispersas en el campo somático (61,1%) y relacionadas con la sexualidad (49,5%), principalmente el embarazo (31,7%), sobre todo entre los deprimidos. Hubo pocas quejas psicosociales (1,5%). Los diagnósticos con frecuencia estuvieron de acuerdo con las quejas: un 59,9% somáticos; un 38,4% relacionados con la sexualidad (embarazo, el 21,6%), y un 1,7% de tipo psicosocial.<sup>4</sup>

Cedeño llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de determinar los factores que influyen en la ansiedad y depresión en los adolescentes del bachillerato de la unidad educativa fiscal Luis Vargas Torres de la Ciudad de Esmeraldas entre enero-mayo, 2017. Los resultados determinaron una prevalencia de 15.6%, de los adolescentes participantes de la investigación un 53.33% son de sexo masculino y el 46.66% son de sexo femenino lo que nos permitió comprobar que los de sexo masculino son los que tienen el mayor índice de depresión y esto se debe a que un 42% de los factores que influyen en la ansiedad y depresión son por causa de problemas familiares, un 25% por problemas personales otro grupo respondió que la causa de su ansiedad y depresión se debe al factor económico con un 23%, y finalmente el factor social lleva a un leve problema con un porcentaje del 10% lo que concluyo que los adolescentes encuestados el sexo predominante es el masculino; siendo los más vulnerables para desarrollar ansiedad y depresión en la unidad educativa fiscal Luis Vargas Torres.<sup>5</sup>

Sánchez F, Sánchez G., llevaron a cabo un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes de las Instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 7 6010227 del Distrito de San Juan Bautista, Perú, durante el año 2016. Se reporta que el 20,3% de los adolescentes tienen hogares con disfunción familiar severa y el 34,2% de ellos disfunción familiar

moderada b) De los 35 (100,0%) estudiantes varones analizados, en el 14,3% de ellos existe hogares con disfunción familiar severa, siendo los hogares con disfunción familiar moderada el 45,7%. c) Sobre las 44 (100,0) estudiantes mujeres, en el 25,0% de ellas se encuentran los hogares con disfunción familiar severa y en el 40,0% disfunción familiar leve. d) Los niveles de depresión intensa y leve a moderada en los estudiantes alcanzaron los porcentajes de 15,2% y 17,7% respectivamente. e) Del 100,0% estudiantes varones el 17,2% y el 11,4% alcanzaron niveles de depresión leve a moderada y moderada a intensa proporcionalmente.<sup>6</sup>

Chó P, Pivaral M, Martínez M. realizaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de estimar la prevalencia de depresión y ansiedad en adolescentes de los institutos nacionales de educación básica y diversificada, departamento de Santa Rosa, Guatemala, durante los meses de mayo- junio del 2017. Resultados: La muestra estudiada está conformada por 256 adolescentes (43.6%) del sexo masculino y 331 (56.4%) del sexo femenino. La edad promedio fue de 14.7 años con una desviación estándar de +/- 1.43 años; el 78.2% de la muestra corresponde a estudiantes de ciclo básico. La prevalencia de sintomatología sugestiva de depresión es del 23.7% y de sintomatología sugestiva de trastorno de ansiedad es del 61.2%. La prevalencia de ambos trastornos en la población femenina es del 33.2% para sintomatología de depresión y 77.2% para sintomatología de trastorno de ansiedad.<sup>7</sup>

## I.2. Justificación

La depresión es uno de los problemas que con más frecuencia pueden encontrarse en la sociedad actual. La situación es preocupante ya que en diversos estudios se ha encontrado que la frecuencia con que se presenta la depresión ha aumentado, mientras que la edad de presentación va disminuyendo. De hecho diversos estudios realizados indican que entre el 1.89% y 25% de los niños pueden padecer depresión al igual que el 10% de los adolescentes.

Esto traduce que la depresión en adolescentes se está convirtiendo en un fenómeno frecuente y a su vez este problema deteriora la adaptación psicosocial y el desarrollo del adolescente. Desde la década de los 30 diversos autores comenzaron a describir la posibilidad de depresión en niños, pero es hasta la década de los 60 que empezó a crecer considerablemente el interés sobre esta problemática.

Es necesario considerar las características que le atribuyen a la depresión: a) una respuesta afectiva de tristeza, b) auto concepto negativo que incluye sentimiento de inadecuación, desamparo e inutilidad, c) una disminución de la productividad mental y de los impulsos (aburrimiento, falta de energía, descontento, etc.), d) preocupación por la muerte o enfermedad, sentimientos suicidas, etc., e) problemas de agresión; todo ello los puede llevar a inestabilidad emocional y favorecer malas conductas y uso o abuso de sustancias ilícitas, alcohol o tabaco.

La depresión en adolescentes se está convirtiendo en un fenómeno frecuente y a su vez este problema deteriora la adaptación psicosocial y el desarrollo del adolescente. Los adolescentes con depresión tienen mayor riesgo de desarrollar adicciones que los jóvenes no deprimidos lo cual motiva a conocer la prevalencia de este trastorno.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es una etapa del desarrollo biológico, en el cual se da el paso de la niñez a la adolescencia y a la adultez joven, en esta etapa se llevan a cabo procesos de cambios como son los físicos, psicológicos y sociales, todos estos cambios en el adolescente podrían afectar el resto de la vida por lo que es necesario el acompañamiento de la familia durante esta etapa, ya que puede traer consecuencias como el bajo rendimiento escolar, consumo de drogas, violencia o muchas veces hasta el suicidio pues no saben cómo llevar estos cambios en su vida.<sup>8</sup>

En los adolescentes la depresión tiene múltiples factores de riesgo algunos de ellos son: la insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas, ambiente frustrante, patrones inadecuados de educación y crianza, la edad, el género, inadecuado ambiente familiar, bajo nivel económico familiar, estructura familiar. Los adolescentes cuando sufren depresión tienden a alcanzar síntomas como: cambios en el apetito, dificultad para concentrarse, pérdida de la memoria, sentimiento de inquietud e irritabilidad, pensar o hablar acerca del suicidio o la muerte, comportamiento irresponsable, rendimiento escolar deficiente; baja en las calificaciones, distanciamiento de la familia y los amigos (pasar más tiempo solo), consumo de alcohol u otras sustancias.<sup>9</sup>

Hay que tener en cuenta que muchos adolescentes con síntomas depresivos no han desarrollado la suficiente madurez para tomar conciencia de que tienen un problema y que en muchas ocasiones tampoco sabrán dónde ni cómo pedir la ayuda adecuada.

Por ello es importante que los padres puedan orientarles y ofrecerles el apoyo necesario, a la vez que colaboran en el tratamiento psicológico más adecuado para cada caso que este necesitando el adolescente.

Por lo general los adolescentes que sufren depresión tienden a tomar más en cuenta en el ámbito educativo pues el rendimiento académico es bajo y la mayoría suele estar con dificultad de concentración, falta de atención en clases, conflicto entre compañeros y profesores.

Por lo que se busca ayuda inmediata para que el adolescente tenga apoyo tanto de la familia como de los amigos con el fin de fortalecer un vínculo emocional, así evitar complicaciones a futuro como intento de suicidio. La presente investigación ser de vital importancia en el reconocimiento de las

características y los cambios que se producen durante la adolescencia y como estos interfieren en el desarrollo del adolescente, debido a que en esta etapa se presenta una mayor probabilidad de padecer depresión.<sup>10</sup>

Por lo que se procederá a la aplicación del Inventario de Depresión de Beck para la identificación de adolescentes que padezcan depresión, pues así el departamento de Orientación del liceo puede tomar énfasis en brindar la ayuda oportuna a estos adolescentes.

Por lo tanto esta investigación pretende responder al siguiente interrogante:  
¿Cuál es la prevalencia de depresión en los adolescentes del Liceo Juan Pablo Duarte, enero-marzo, 2020?

### **III. OBJETIVOS**

#### III.1. Objetivo general

Estimar la prevalencia de depresión en adolescentes del Liceo Juan Pablo Duarte, enero-marzo, 2020.

#### Objetivos específicos

- Describir los grupos de edad de la población de estudio
- Verificar el sexo de la población de estudio.
- Determinar el nivel de escolaridad.
- Identificar la religión profesada por los adolescentes.
- Verificar el tipo de familia en el cual se desenvuelve el adolescente.
- Cuantificar la frecuencia de adolescentes a estudio que presenta sintomatología sugestiva de depresión mediante la escala de Beck.

## **IV. MARCO TEÓRICO**

### **IV.1. Generalidades sobre la adolescencia**

La adolescencia constituye un período especial del desarrollo, del crecimiento y en la vida de cada individuo. Es una fase de transición entre un estadio, el infantil, para culminar en el adulto. Se trata de una etapa de elaboración de la identidad definitiva de cada sujeto que se plasmará en su individuación adulta.<sup>11</sup>

Todo ello supone un trabajo mental gradual, lento y lleno de dificultades que hacen de la adolescencia un episodio del que casi todo el mundo se avergüenza, se relega al olvido y que como dice J. Marías "con facilidad o esfuerzo se confina... a la esfera de los malos sueños, o de lo que no ha existido".

Esta labor se manifestará en un conjunto de complejos sintomáticos que resumen las luchas y en ocasiones violentos esfuerzos por resolver los retos que plantea el crecimiento y poder alcanzar el estadio adulto. Es lo que se ha venido en llamar el Síndrome Normal de la Adolescencia o la Crisis de la Adolescencia.

En la adolescencia se despliegan un conjunto de cambios corporales que incluyen desde el crecimiento físico hasta los neuroendocrinos que ponen en marcha unas modificaciones corporales que culminarán en la consolidación de un cuerpo adulto y facilitarán la aparición de los caracteres sexuales secundarios, diferenciados en el varón y en la mujer. Aparecen por primera vez manifestaciones de la capacidad genésica y reproductiva con la menstruación y la primera emisión seminal.<sup>12</sup>

Estos cambios se acompañan también por el desarrollo de los deseos y las pulsiones sexuales, con una intensidad que desconocía hasta ese momento y que constituyen uno de los elementos más difíciles de asimilar emocionalmente. Este conjunto de cambios físicos reciben la denominación desde la perspectiva biológica de pubertad. Igualmente cambia la ubicación social del adolescente que pasa de la infancia como etapa bien determinada del ciclo de la vida a una nueva, aunque poco definida y de límites cada vez menos precisos y variables según el contexto cultural.

Esta nueva etapa social es transitoria y no tiene la delimitación tan clara como la pueden tener otras. Estos cambios dan lugar a la calificación desde la

perspectiva social y antropológica del adolescente como joven, adquiriendo así un nuevo status social. Este concepto de juventud hace referencia a un criterio cronológico en el desarrollo vital y remite a la idea de nuevo y a la vez de inexperto e inmaduro, de algo que requiere tiempo para acabar su proceso de maduración.<sup>12</sup>

El adolescente que no ha logrado la mayoría de edad legal es calificado judicialmente como menor, con unos derechos específicos así como de unas determinadas responsabilidades penales que han recibido la denominación de Derecho del menor. Este período de la vida se puede y se aborda desde diversas perspectivas dependiendo del vértice desde el que se lo contemple.

Sin embargo creo que el concepto de adolescencia es más abarcativo e incluye a todos ellos: el psicológico, el biológico, el sociológico, el antropológico y el judicial, porque se trata de un proceso de cambio que incluye la mente, el cuerpo y todo el complejo entramado de relaciones con su medio social y en su calidad de ciudadano de la comunidad donde vive.

Varían en cada sociedad y en cada etapa histórica las circunstancias y avatares de lo que hemos venido en llamar adolescencia. Incluso una misma sociedad puede tener criterios diferentes según los conceptos de referencia. Hay sociedades o comunidades donde se facilita el tránsito adolescente mediante ritos de iniciación cuya superación supone la consideración de adulto, al igual que en los propios grupos adolescentes podemos encontrar con relativa frecuencia la exigencia de cumplimiento de unos ritos o pruebas para la admisión de un nuevo miembro.<sup>13</sup>

Estos ritos y pruebas son unas medidas que el adolescente tiene que superar para ser considerado adulto y admitido entre sus congéneres adultos. La dureza e incluso la crueldad de algunas de esas pruebas nos dan una idea de las dificultades que siente el adolescente que tiene que superar para alcanzar la madurez. El adolescente sabe en estos casos a lo que atenerse, frente a la indefinición y dudas sobre lo que se le está solicitando como ocurre en la mayoría de las sociedades de ámbito occidental.

Antes del siglo XX no se consideraba la adolescencia como una etapa particular en la vida de una persona, se pensaba que los niños pasaban por la pubertad y directamente entraban en una especie de entrenamiento en el mundo adulto. En la actualidad se entiende que es un periodo prolongado de la



vida, por una razón física o del ambiente los jóvenes maduran más temprano y de la misma manera requieren un periodo más extenso para educarse dependiendo directamente en el ámbito económico de los padres, retrasando así la edad de inicio de sus proyectos de pareja y familia.<sup>14</sup>

Este rápido crecimiento se relaciona con la tendencia a las mejores condiciones de salud en la que viven las nuevas generaciones, se encuentran mejor nutridos y por tal razón maduran más temprano y crecen más.

Aun en la sociedad moderna existen culturas en donde se realizan ritos propios para la edad adolescente, que fluctúan entre prueba de fuerza y resistencia, mutilaciones (circuncisión, perforación de las orejas, tatuajes), ceremonias religiosas, fiestas de presentación en sociedad. Sin embargo ninguno de estos rituales indica que el adolescente ha iniciado la edad adulta.

Tradicionalmente, la adolescencia ha sido considerada como un período crítico de desarrollo, no solo en los Estados Unidos, sino también en otras muchas culturas, especialmente en las sociedades más avanzadas tecnológicamente. Los que han estudiado científicamente la conducta han propendido también señalar que la adolescencia representa un período de tensiones particulares en nuestra sociedad.

Algunos, especialmente los de mayor espíritu biológico, han hecho hincapié en los ajustes que exigen los cambios fisiológicos enfocados a la pubertad, sin exceptuar los aumentos de las hormonas sexuales y a los cambios en la estructura y a la función del cuerpo.

Otros se han propuesto descubrir en la cultura la causa primordial de los problemas de los adolescentes, y han hecho hincapié en las demandas numerosas, y grandemente concentradas, que nuestra sociedad ha hecho tradicionalmente a los jóvenes de esta edad: demandas de independencia, de ajustes heterosexuales y con los semejantes.

#### IV.1.1. Conceptualización de la adolescencia

El término adolescencia proviene del vocablo latino “adolescere” el cual significa apunta en dos sentidos: “caer enfermo” y “crecimiento” centrado en dos características de esta etapa de la vida, es una época de crecimiento psíquico, físico y social acelerado y doloroso por las inseguridades contradictorias propias del alma”.<sup>15</sup>

La adolescencia, es un período de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y prenuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro.

Muchos autores han caído en la tentación de describir esta edad con generalizaciones deslumbrantes, o al contrario, la califican como un una etapa de amenazas y peligros, para descubrir, al analizar objetivamente todos los datos que las generalizaciones, de cualquier tipo que sean, no responden a la realidad. No hay teorías fáciles con que podamos definir a todos los adolescentes, ni las explicaciones que se dan de su comportamiento nos bastaran para comprenderlos.

Para la persona que quiera comprender la conducta del adolescente, no hay nada que pueda suplir el análisis atento de una investigación cuidadosamente realizada, gran parte de esta investigación se ha hecho a la luz de teorías muy prometedoras, pero la sola teoría, sin la comprobación objetiva, no sirve de nada.

Se dice que es una etapa de transición ya que es la línea divisoria entre la seguridad de la niñez y el mundo desconocido del adulto, en cierto sentido, la adolescencia ha venido a ser una etapa del desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de las demás, un periodo de transición entre la niñez y adultez, sin embargo.<sup>16</sup>

Dentro de la adolescencia se produce la pubertad la cual es la etapa en la que el individuo madura sexualmente y es capaz de reproducirse. Este periodo es antecedido por la pubescencia periodo caracterizado por el crecimiento repentino del adolescente, especialmente el aumento de la estatura.

#### IV.1.2. Clasificación de la adolescencia

- Adolescencia Temprana: (10- 13 años).<sup>17</sup>

Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico, entre otros).

- Adolescencia Media: (14-16 años)

Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces.

- Adolescencia Tardía: (17 a 19 años)

Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual.

Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables.

## IV.2.1. Depresión

### IV.2.1.1 Historia

Inicialmente denominada melancolía del griego clásico (bilis negro) y frecuentemente confundida con ella, la depresión (abatimiento del latín) es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se tiene constancia. A lo largo de la historia se evidencia su presencia a través de los escritos y de las obras de arte, pero también mucho antes del nacimiento de la especialidad médica de la psiquiatría, es conocida y catalogada por los principales tratados médicos de la antigüedad.<sup>18</sup>

El origen del término melancolía se encuentra, de hecho, en Hipócrates, aunque hay que esperar hasta el año 1725, en el que el británico Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión. Hasta el nacimiento de la psiquiatría científica.

En pleno siglo XIX, su origen y tratamientos, como el del resto de los trastornos mentales, fluctúan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico, pero con el advenimiento de la biopsiquiatría los modernos antidepresivos, especialmente la fluoxetina, ha reforzado el mito del fármaco de la sociedad occidental del siglo XIX.

La medicina oficial moderna considera cualquier trastorno del humor que disminuya el rendimiento en el trabajo o límite de la actividad habitual, independientemente de que su causa sea o no conocida, como un trastorno digno de atención médica y susceptible de ser tratado mediante farmacoterapia o psicoterapia.

#### La antigüedad clásica

La cultura griega clásica explicaba todas las enfermedades y los cambios de temperamento o humor, a partir de la influencia de cuatro líquidos corporales, denominados humores: la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla. Según esta teoría de los cuatro humores, propuesta por Hipócrates, un exceso de sangre provocaba comportamientos hiperactivos mientras que el exceso de bilis negra provocaba un comportamiento abatido, apático, y un manifiesto sentimiento de tristeza.<sup>19</sup>

Pueden encontrarse descripciones de la melancolía y sus síntomas en muchos registros literarios y médicos de la humanidad, aunque es la cultura griega clásica la primera en abordar explícitamente este trastorno del ánimo, sin

recurrir a metáforas o descripciones literarias. El modelo médico griego se fundaba en las variaciones hereditarias cuya influencia determinaba la de la aparición de las diferentes enfermedades.

El predominio o desequilibrio de un humor sobre los otros podía explicar un temperamento según la teoría propuesta por Hipócrates, pero también la aparición de diferentes enfermedades, siguiendo ese modelo, los temperamentos posibles eran el sanguíneo, el colérico, el melancólico, y el flemático.

El temperamento es la peculiaridad o intensidad individual de los afectos psíquicos y de la estructura dominante de humor y motivación; es la manera individual de reaccionar a los estímulos ambientales. El colérico es rápido muy activo, práctico en sus decisiones. Se considera que es muy determinado, firme y decidido en sus opiniones, y se enoja con facilidad.

El melancólico es sensible, aunque poco reactivo tiende al pesimismo y la pasividad. A pesar de los errores de esta teoría, Hipócrates no se equivocaba completamente al relacionar los dos síntomas principales propios de los melancólicos, el temor y la tristeza.<sup>20</sup>

Es como consecuencia de esta tristeza que los melancólicos odian -según Hipócrates-, todo lo que ven y parecen continuamente apenados y llenos de miedo. También se llegó a identificar o relacionar melancolía y epilepsia, confusión que persistirá mucho tiempo: Areteo de Capadocia, notable médico romano del siglo I, describe la melancolía como una frialdad del ánimo, obsesionado por un pensamiento, y con tendencia a la tristeza y a la pesadumbre.

El término bilis negra o melancolía, pasó a convertirse en sinónimo de tristeza. Los romanos tenían en latín su propia manera de llamar a la bilis negra, "atra bilis", de la cual se deriva la palabra española atrabiliario que significa de triste semblante, pero el término médico mantuvo el origen griego.

Hipócrates explicaba no sólo el comportamiento sino la salud y enfermedad mediante el equilibrio de estos humores en el cuerpo. Denominaba crisis al equilibrio entre ellos y llamaba crisis a la expulsión de los humores mediante procesos fisiológicos como el sudor, los vómitos, la expectoración, la orina, o las heces.

El médico debía averiguar cuál era el momento crítico, aquel en el que se debía producir la expulsión de los malos humores para facilitarlos mediante la aplicación de los correspondientes tratamientos.

### Edad Media

El período europeo, conocido como Edad Media, incluye aportaciones. Se establecen diferentes tipos de melancolía: la hipocondríaca, ubicada en la boca del estómago, otras, en zonas profundas del cerebro. Las repercusiones serán el temor y la tristeza.<sup>21</sup>

La definición de tristeza es para esa época, la pérdida del objeto amado. Desde una perspectiva religiosa, a la melancolía se la caracterizó como demonio entendido como tentación o pecado, pasando a denominarse acedia o apátheia (desidia-apatía).

### Edad moderna

El origen del vocablo depresión, se encuentra en la expresión latina "de" y "premere", empujar u oprimir hacia abajo. Su uso se registra por vez primera en Inglaterra en el siglo XVIII por Sir Richard Blackmore, médico de Guillermo III de Inglaterra y poeta. El facultativo hablaba en 1725 de la depresión como un estar hundido en profunda tristeza y melancolía.

Hacia el siglo XIX, el término depresión va ganando terreno y se usa junto al de melancolía para designar a la enfermedad, mientras este último término siguió conservando su uso popular y literario. En 1863, el término ciclotimia fue usado para designar las variaciones de las fases depresiva y maníaca, a modo de ciclos repetitivos y periódicos.

La transformación de la sociedad a partir del siglo XXVIII, la crisis del modelo mercantilista y el surgimiento de la concepción mecanicista de la ciencia determinaron una ruptura con las teorías clásicas sobre la melancolía.

Thomas Willis será el primer médico en esta etapa, en rechazar la teoría de los cuatro humores, atribuyendo a procesos químicos del cerebro y del corazón las causas de esta enfermedad.

Menciona cuatro tipos de melancolía de acuerdo a su origen: por alteración del cerebro, por mala función del bazo, otra con efecto con todo el cuerpo, y una última clase de melancolía histérica, con origen en el útero.<sup>22</sup>

Es considerado el pionero de la neuroanatomía, y sus trabajos en el campo de la depresión, le llevan a publicar un tratado sobre el concepto de afectación de la conciencia frente a la afectación de la conducta, dando origen a los conceptos de locura parcial y locura general. William Cullen se dedica durante la segunda mitad del siglo XVIII, a clasificar las enfermedades incluyendo a la melancolía dentro del apartado de las neurosis, o enfermedades nerviosas. Si bien, como mencionamos, fue en 1725 en que se retoma el término depresión, pasarán muchos años para substituir el de melancolía.

Los siglos XIX y XX

La revolución francesa y la revolución industrial, cambiaran definitivamente el modo de entender a la persona enferma, y especialmente a la enfermedad mental. El padre de la psiquiatría moderna Philippe Pinel, llega a la medicina después de un intenso estudio de las matemáticas, lo que le permite disponer de una óptica diferente al resto de los médicos de su época.<sup>23</sup>

Desde su punto de vista el origen de los trastornos anímicos, está en la percepción y las sensaciones, inaugurando una época de causas morales (fanatismos religiosos, amores apasionados) Sin atacar estas causas, no se pueden tratar la melancolía, denominada por él como delirio parcial o delirio sobre un objeto.

En las primeras décadas del siglo XX, el concepto de depresión se desglosa en otros como ansiedad, histeria, hipocondría, obsesión, fobia, distimia o trastorno psicosomático.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) acota las ideas acerca de esta patología y define la depresión endógena (o mayor) como un síndrome orgánico cuya sintomatología abarca alteraciones del pensamiento y los impulsos, tristeza corporalizada y trastornos de los ritmos vitales, además de poder expresarse a través de distintos síntomas en el cuerpo (somático).

#### IV.1.2.2. Definición

Es un trastorno del estado de ánimo, episódico, recurrente o crónico caracterizado por tristeza, pena, sentimientos de soledad, infelicidad, desesperanza, culpabilidad y pensamientos negativos que en depresiones severas pueden acompañarse de pensamientos o ideas suicidas, también se evidencia un desgano y falta de voluntad en cosas que anteriormente la persona disfrutaba, tendencia marcada al llanto y muchas veces un trastorno de ansiedad puede acompañar a la depresión.<sup>24</sup>

La depresión influye en otros roles de la vida del paciente en el laboral, familiar y social por lo que la calidad de vida se ve afectada, la persona siente que en su trabajo su desempeño es bajo (afección cognitiva), se aísla de sus amistades y la familia es testigo de múltiples quejas y molestias físicas, irritabilidad, incluso alteraciones del apetito y sueño.

Desde el punto de vista médico el diagnóstico es clínico pero se puede acompañar de evaluaciones a través de test o escalas que apoyen y confirman lo planteado y se pueden especificar sobre los grados de depresión, cuando se habla del origen se encuentra generalmente muchos factores que influyen de los cuales hay alguno que sobresale a los demás.

Generalmente las frustraciones que son parte de la vida y pueden actuar como los factores desencadenantes principales entre los que podemos encontrar la muerte de un ser querido, una infidelidad o decepción amorosa, pérdidas económicas o la aparición de una enfermedad grave, a todo esto hay que mencionar que la personalidad y por consiguiente la forma de responder a diversas situaciones de la vida diaria es también un factor importante en la posibilidad de desarrollar una depresión.

En la personalidad influye las vivencias que tiene cada ser humano desde que tiene conciencia, la educación familiar que es muy particular, la educación escolar y personas que pueden llegar a ser muy influyentes en su vida como modelo a copiar.

También la parte genética influye, hay una relación importante ya que está reportado en muchas historias clínicas de pacientes antecedentes de abuelos, padres y hermanos con depresión.



#### IV.1.2.3. Etiología

La etiología de la depresión sigue siendo terreno de hipótesis. Desde luego que los acontecimientos negativos pueden precipitar una depresión y contribuir a ella, aunque existen factores genéticos que influyen en la sensibilidad de las personas a los acontecimientos estresantes.<sup>25</sup>

El nivel de ocupación pareciera también influir en el apareamiento de estos problemas. Personas con puestos de trabajo inferiores son más propensas a padecer tanto de depresión como de cefalea tensional. Existen áreas cerebrales afectadas en los pacientes que padecen depresión, siendo las principales: Núcleos del rafe: están en el tallo cerebral y son los productores de serotonina una sustancia química necesaria para muchas funciones de la mente, entre ellas el sentirnos animados.

Locus ceruleus: produce la noradrenalina con múltiples funciones y entre ellas también el sentirnos bien y animados, regula las arterias, el corazón y otras funciones. Sistema límbico: que controla las emociones también interviene

#### IV.1.2.4. Epidemiología

Diversos estudios concuerdan en que los trastornos del ánimo son de gran importancia en las políticas de salud pública, puesto que su incidencia y prevalencia ha aumentado en los últimos años, convirtiéndose en una de las enfermedades mentales con mayor presencia a nivel mundial. En América Latina y el Caribe, la prevalencia de los trastornos del ánimo, oscila entre 5 y 9% en la población general.<sup>26</sup>

Asimismo, se observa que dichos trastornos tienen una fuerte tendencia a aumentar, esperándose que en el año 2020, cerca de 36 millones de personas padezcan de depresión en esta parte del mundo.

Otras cifras de interés, dan cuenta que alrededor de un 15% de los pacientes con cuadros depresivos graves terminan suicidándose, ocupando el segundo lugar, dentro de las primeras 15 causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad.

La depresión no sólo afecta a quien la padece, produce además deterioro al conjunto de la vida familiar. 21 Se ha observado, desde la década de los 40, que cada generación tiene más riesgo de desarrollar trastornos depresivos

leves a moderados; sin embargo, se mantiene la prevalencia para los episodios más severos.

En base a estos antecedentes se postula que estos últimos, tendrían una mayor influencia genética, en cambio, en los trastornos depresivos leves a moderados, los factores estresores serían los más relevantes (García, 2003). A nivel internacional los resultados de diversas investigaciones apuntan a que la depresión como trastorno se presenta cada vez a más temprana edad. Por esto, se predice que muchas personas experimentarán sus primeros episodios de depresión antes de entrar en la adolescencia.<sup>27</sup>

Estudios realizados el año 2006 en Estados Unidos han mostrado que la incidencia de trastornos depresivos es de 3,8 % en adolescentes, con una prevalencia de vida de aproximadamente 20% al final de la adolescencia. El aumento de la prevalencia desde la adolescencia, principalmente en mujeres, se ha asociado a cambios hormonales relacionados con los cambios en la morfología cerebral, procesamiento de la información social e incremento en la correlación gen-ambiente, se agregan factores del desarrollo tales como la experimentación con tabaco, drogas y alcohol, disminución de la supervisión y comunicación con los padres.

El comienzo temprano de la pubertad incrementa el riesgo de manifestar desordenes depresivos en niñas. Por otra parte, la prevalencia de la Depresión en niños y adolescentes chilenos según estudios de Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillán, Valdivia y Kohn es de 5,1%, siendo más frecuente en mujeres que en hombres (7% en mujeres y 3,1% en hombres).

En tanto que los jóvenes entre 12 a 18 años en comparación con los niños entre 4 a 11 años, presentan mayor frecuencia del trastorno en un 6,9% y 3,4% respectivamente. En este estudio los factores de riesgo asociados a la sintomatología depresiva fueron los siguientes: Alta percepción de mal funcionamiento familiar, psicopatología mental en la familia (básicamente en la madre) y tipo de familia uniparental.

La prevalencia del trastorno depresivo oscila entre el 4% y el 8% en la población adolescente, existiendo una proporción de 1:2 entre hombres y mujeres. En relación a lo anterior, se ha planteado que la diferencia entre hombres y mujeres no es el número de sujetos que presenta el trastorno, sino que la forma en que se manifiesta el cuadro depresivo, proponiéndose que los

hombres expresan la depresión, por ejemplo, a través de la agresividad y consumo de alcohol.<sup>28</sup>

Además tienden menos a buscar ayuda. La incidencia acumulada a la edad de 18, en muestras poblacionales, es de alrededor del 20%, no existiendo, aparentemente, diferencias por nivel socioeconómico.

Entre el 40% y el 90% de tales jóvenes presenta en comorbilidad otro trastorno psiquiátrico, siendo frecuentes los casos de distimia, trastornos ansiosos, trastornos del comportamiento disruptivo y abuso de sustancias.

En el 70% de esas situaciones se ha presentado además un trastorno depresivo (depresión doble) y en el 50% de los casos se ha manifestado otro trastorno psiquiátrico con anterioridad, siendo comunes los trastornos ansiosos, trastornos de conducta, trastornos por déficit de atención, encopresis o enuresis.

Lewinshon et al., cita "Oregon Adolescent Depression Project", el cual arroja que el 20% de la población entre los 14 y 18 años en algún momento sufrirá un episodio depresivo lo cual es superior a cualquier otro desorden mental, además, señala que la prevalencia de cuadros depresivos es un 2,9% y que después de los 12 años el predominio de desórdenes depresivos es casi el doble en mujeres (3,8%) que en hombres

#### IV.1.2.5. Factores de riesgo

##### Factores sociodemográficos.

Edad. Por lo general, la prevalencia de los trastornos del humor aumenta con la edad. Se ha demostrado en algunos estudios epidemiológicos que la prevalencia de la depresión mayor aumenta con la edad en niños y adolescentes, aunque se señala que este aumento de sentimientos depresivos se da más en situación a la pubertad que de la edad.<sup>29</sup>

Los índices de prevalencia de distimia (depresión menor), de igual manera, parecen tender a aumentar con la edad. Se encontraron que el 2,5% de los niños de nueve años de edad tenía una depresión menor. En una muestra compuesta por niños entre 14 y 16 años de edad, el 8% cumplía con los criterios de distimia.

Sexo. Algunos estudios han notificado acerca del predominio de trastornos depresivos en varones antes de la pubertad y en mujeres después de la pubertad. Un ejemplo de ello es la relación varón/mujer de 5:1 para el trastorno depresivo a los 11 años de edad. A los 13 años de edad, la relación varón / mujer era de 4:1.

Después encontraron que las mujeres de 14 a 18 años de edad tenían más síntomas depresivos que los varones. En los estudios de adultos, hay preponderancia de mujeres con trastornos bipolares, aunque esta preponderancia no sea tan notable como en la depresión mayor.

Raza. Algunos autores han encontrado que la prevalencia de los trastornos del humor es parecida en cualquiera de las razas. No encontraron ninguna diferencia en pacientes adultos blancos y negros en una consulta ambulatoria. La depresión en la niñez se da en diferentes razas.

Nivel socioeconómico. No se han estudiado con detalle los efectos de la posición socioeconómica en los trastornos del humor. Algunos autores sugieren que los trastornos del humor en los adultos, especialmente los bipolares, son más prevalentes en las clases socioeconómicas superiores. Mientras que los índices de depresión leve eran más elevados en las clases socioeconómicas inferiores. También encontraron que el trastorno depresivo mayor no tenía relación relevante con la clase social.

## Factores biológicos

Factores neuroquímicos. Los neurotransmisores monoamínicos, tales como la noradrenalina y la serotonina, están estudiados para determinar la etiología neurobiológica de los trastornos depresivos. Se supone que ciertas deficiencias relativas de estos dos neurotransmisores dan lugar a ciertos tipos de depresión.<sup>30</sup>

Existen otros neurotransmisores que pueden desempeñar un papel en el desarrollo de los trastornos del humor. El ácido homovanílico, un metabolito de la dopamina, disminuye en la depresión unipolar, pero no en la bipolar. Los opioides endógenos, los segundos mensajeros y la vasopresina también están implicados en el desarrollo de los trastornos del humor.

Se cree que el litio influye en el trastorno bipolar alterando el transporte de sodio en las células nerviosas. De igual manera, se piensa que la acetilcolina desempeña un papel en las funciones cognitivas superiores, especialmente en la memoria.

Factores neuroendocrinos. En el sistema neuroendocrino, el hipotálamo recibe información desde varias áreas de la corteza cerebral, y a su vez el hipotálamo actúa sobre la hipófisis y los órganos que dependen de ella. Se dice que la retroalimentación puede ocurrir desde cualquiera de los varios componentes. Los individuos con trastornos del humor tienen disfunciones en este sistema.

En los individuos normales, la dexametasona suprime el nivel de cortisol en la sangre, pero esta supresión no ocurre en aproximadamente el 70% de los niños deprimidos hospitalizados.

Se han estudiado otros marcadores biológicos, que incluyen una débil respuesta de la hormona estimulante del tiroides a la estimulación de hormona liberadora de tirotrópina.

Una disminución en la liberación de hormona de crecimiento en respuesta a la estimulación noradrenérgica. Una disminución de los niveles basales de la hormona estimulante del folículo y de la hormona luteinizante y un descenso de los niveles de testosterona en los varones.<sup>31</sup>

Neurobiología. En la literatura sobre adultos se describen anormalidades inmunológicas en individuos con trastornos del humor. Los posibles mecanismos de un factor inmunológico en el desarrollo de los trastornos del humor incluyen, sea una supresión inmunológica, que conduciría a una

infección del sistema nervioso central, sea una actividad inmunológica excesiva, que lesionaría el sistema nervioso central o los tejidos endocrinos.

Las diferencias del sistema inmune pueden estar relacionadas con la edad y la gravedad de los síntomas. Por lo tanto, los cambios en el estado inmune pueden ocurrir sólo en ciertos subgrupos de paciente deprimidos.

**Cronobiología.** La cronobiología es el estudio de ritmos biológicos en los seres vivientes. En los humanos, los ritmos ayudan a controlar la temperatura corporal, varios niveles hormonales, la menstruación, el sueño y la vigilia. Cuando un ritmo está desfasado (avanzado o retrasado), se puede producir un estado de enfermedad. La cronobiología es significativa en el estudio de los trastornos del humor.

**Anormalidades del sueño.** En la polisomnografía, los adultos deprimidos tienen anomalías en el sueño, que incluyen una latencia acortada de los movimientos rápidos del ojo (REM), un aumento en el tiempo transcurrido en el primer período REM, frecuentes despertares nocturnos y el despertar por la mañana temprano, entre otras.

Los autores sugieren que los trastornos del humor tienen mecanismos patofisiológicos comunes. Varios factores parecen precipitar la manía mediante su capacidad de causar privación del sueño.

**Genética.** Parece ser que en algunas familias las depresiones bipolares y unipolares pueden agruparse; por ello, podría sospecharse una base genética. Los hijos de padres deprimidos corren mayor riesgo de psicopatología, especialmente depresión mayor.<sup>32</sup>

Existe una probabilidad del 27% de que una persona tenga trastorno del humor si uno de sus padres lo tiene, y del 50% al 74% si ambos padres padecen de un trastorno del humor.

Es aún mayor la evidencia del papel genético en los trastornos bipolares que en la depresión unipolar. Los familiares en primer grado de pacientes con trastorno bipolar son por lo menos 24 veces más propensos a desarrollar el trastorno bipolar que los parientes de individuos controles. Aproximadamente una mitad de los pacientes bipolares tienen un padre con un trastorno afectivo, que por lo general suele ser depresión unipolar.

## Factores psicológicos

Modelos psicoanalíticos y psicodinámicos. Freud y Abraham realizaron grandes contribuciones a los modelos psicoanalíticos y psicodinámicos de la depresión, incluyendo factores tales como pérdida del objeto, agresión dirigida hacia el propio yo, daño narcisista y masoquismo. Autores sugieren que la pérdida del objeto en varias etapas del desarrollo contribuye a un trastorno del autoestima, dando lugar a la depresión. En el “trastorno narcisista de la personalidad”, el individuo tiene unos períodos breves de euforia seguidos de autodesprecio y la depresión.<sup>33</sup>

Modelo cognitivo-conductual. Beck describe un autoconcepto negativo, una interpretación negativa de las experiencias de la vida y unas expectativas negativas para el futuro como la tríada de cogniciones experimentadas por aquellos que están deprimidos, lo cual lleva a sentimientos de desesperación y desamparo. Coyne y Gotlib sugirieron que los individuos deprimidos son más precisos que los no deprimidos en sus apreciaciones de los estímulos negativos relevantes para sí.

Modelo de indefensión aprendida. Este modelo se desarrolló al observar que cuando los animales se sometían repetidamente a descargas eléctricas en una situación de la que no tenían salida alguna, por fin se rendían y quedaban “desamparados” o “indefensos”.

Cuando los humanos experimentan acontecimientos que no controlan, llegan a creer que no tendrán ningún control sobre los acontecimientos del futuro, lo que dan lugar a déficit motivacionales y cognitivos y al desamparo emocional. Por lo tanto, la depresión mejora cuando el individuo recupera su sentido del control sobre el entorno.

Modelo sistémico familiar. Es un modelo transaccional con la premisa de que la familia es una organización dinámica de partes interconectadas que forman una totalidad. Los problemas psiquiátricos de cualquier miembro de esta, se consideran como una manifestación de relaciones disfuncionales dentro de la familia.<sup>34</sup>

Modelo de autocontrol. En este modelo, los individuos deprimidos se consideran como deficitarios en una o más de las siguientes áreas: autorregistro, autovaloración y autorreforzamiento.

Factores de personalidad.

En los adultos, ningún rasgo o tipo de personalidad es un factor de predisposición a la depresión. Sin embargo, ciertos tipos de personalidad corren mayor riesgo de depresión, como el obsesivo-compulsivo, límite, histriónico y antisocial. Se ha encontrado que los pacientes deprimidos no evidencian alguna característica temperamental que desempeñara algún papel en el desarrollo del trastorno depresivo.

Factores sociales.

Acontecimientos vitales y estrés. Se creía que el estrés, debido a acontecimientos vitales, era un factor etiológico que contribuía al desarrollo de la depresión. Sin embargo, la mayoría de la literatura concerniente a adultos indica que los acontecimientos estresantes abren camino a, y mantienen, la depresión, en lugar de causarla, aunque los datos no son concluyentes.<sup>35</sup>

Por otra parte, familias de niños preescolares con síntomas depresivos informaron sobre más acontecimientos vitales estresantes que las familias controles. Otro estudio demostró que niños deprimidos y hospitalizados de 7 a 12 años de edad habían sufrido acontecimientos vitales más negativos que el resto de la muestra.

Déficit en habilidades sociales. Lewinsohn y Hoberman formularon la hipótesis de que la depresión es causada y/o mantenida mediante la disminución en el reforzamiento social positivo secundaria a un déficit en habilidades sociales. Youngren y Lewinsohn también señalan que estas deficiencias podrían ser consecuencia de una depresión que deteriore las adquisiciones normales del desarrollo, en lugar de ser su causa.

Investigaciones de varios autores han declarado que los niños con depresión mayor mantienen una relación deteriorada con sus madres y compañeros, y que la relación madre-niño sólo mejoró después de que desapareciera la depresión.

Encontraron que los niños prepuberales con trastorno depresivo mayor presentaban con regularidad deficiencias en las relaciones sociales y que dichas deficiencias en sus relaciones intrafamiliares y extrafamiliares sólo mejoraron parcialmente después del trastorno depresivo. La investigación también demostró que sus compañeros consideran a los niños deprimidos



menor popular. Los profesores evalúan a los niños deprimidos como menos competentes socialmente.

#### IV.1.2.6. Sintomatología

La aparición de síntomas depresivos suele ser lenta a insidiosa. El paciente puede mostrar ligera abulia, disminución del interés, pérdida del apetito e insomnio o necesidad de dormir más de lo habitual. A menudo estas manifestaciones no son consideradas importantes para el paciente por lo que no acuden al médico y piensan que pasan por una mala época, sin darle mayor importancia.<sup>36</sup>

Los síntomas que marcan el comienzo de la depresión pueden ser los mismos, aunque menos intensos, que luego serán los propios del período de estado. Un síntoma cardinal del comienzo son las perturbaciones del dormir. Los sujetos con un episodio depresivo mayor presentan frecuentemente llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo).

Durante un episodio depresivo mayor, algunos sujetos presentan crisis de angustia. Pueden presentarse problemas matrimoniales, problemas laborales, problemas escolares, abuso de alcohol u 15 otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado.

El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias.

No se han identificado hallazgos de laboratorio que sean diagnósticos de un episodio depresivo mayor. La cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión.

El síndrome depresivo se puede relacionar con una enfermedad médica de diversas maneras:

La enfermedad médica como causa de la depresión. Incluso en algunas ocasiones la sintomatología depresiva precede a la somática.

Que la enfermedad médica facilite la aparición de depresión en alguien susceptible, como estresante psicosocial.

Que coincidan ambos cuadros, sin relación entre sí, por azar.

Que el enfermo médico reaccione de manera desadaptativa, con sintomatología depresiva a las limitaciones, pronóstico o síntomas de la enfermedad médica.

Que los síntomas depresivos estén producidos, no por la enfermedad sino por los tratamientos empleados para combatirla.

#### IV.1.2.7. Diagnóstico

Un trastorno de depresión no diagnosticado se asocia con una mala calidad de vida, dificultad de funcionamiento físico y social, poca adherencia a tratamientos e inclusive, empeoramiento de otras comorbilidades, así como un aumento de la morbilidad y mortalidad dados por suicidios otras comorbilidades.<sup>37</sup>

Criterios del DSM-V TR para el episodio depresivo mayor.

Un episodio depresivo mayor se define como la presencia de cinco o más de los síntomas que se presentan a continuación durante las últimas dos semanas, y que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas deberá de ser 1) un estado de ánimo depresivo, o 2) pérdida del interés o la capacidad para el placer.

A) No se deberán incluir síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi cada.

8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.<sup>38</sup>

B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas sicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios del DSM-IV TR para distimia

Se trata de una perturbación crónica del humor, que involucra el humor depresivo, por lo menos en los dos últimos años, y que puede ir acompañado por alguno de los síntomas asociados.<sup>39</sup>

Presencia, mientras está deprimido, de por lo menos dos de los siguientes síntomas: Poco apetito o hiperfagia Insomnio o hipersomnias Poca energía o fatiga Baja autoestima Pobre concentración o dificultad para tomar decisiones Sentimiento de desesperanza

Durante un período de dos años de la perturbación, nunca han estado los síntomas de los criterios A y B por más de dos meses. Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer.

Otros, especialmente en la consulta ambulatoria, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (por ejemplo dulces u otros hidratos de carbono).

Cuando las alteraciones del apetito son graves puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso. La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio.

Es característico el insomnio medio (despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse), siendo este último el más frecuente.

También se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Menos frecuentemente, los sujetos se quejan de hipersomnia en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento.

El diagnóstico de depresión es fundamentalmente clínico. Existen sin embargo dos tipos de ayuda diagnóstica, ninguna de estas ayudas es indispensable: Escalas auxiliares para evaluar la gravedad inicial y la evolución del tratamiento, exámenes de laboratorio para descartar otros diagnósticos.

#### IV.1.3.8. Diagnóstico diferencial

Principalmente deberá distinguirse un trastorno depresivo mayor de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, ya que en éste caso los síntomas depresivos se consideran un efecto fisiológico de una enfermedad de base como hipotiroidismo, accidente cerebro vascular, esclerosis múltiple.<sup>40</sup>

Esto se podrá determinar mediante una adecuada anamnesis, examen físico y exámenes complementarios. Otros diagnósticos diferenciales a tomar en cuenta incluyen:

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ejemplo cocaína -  
Demencia sobre todo en ancianos

Episodios maníacos con estado de ánimo irritable

Episodios mixtos, en presencia de síntomas maníacos

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, sobre todo en niños -

Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo

Duelo, Tras la pérdida de un ser querido

Períodos de tristeza: no se deben diagnosticar como un episodio depresivo mayor a no ser que se cumplan los criterios de gravedad, duración, y malestar o deterioro clínicamente significativos.

#### IV.1.3.9 Abordaje de la depresión en atención primaria

Entre las conductas generalmente aceptadas como recomendables para el abordaje diagnóstico y terapéutico de la depresión en el marco de atención primaria se incluyen las siguientes: screening desde la consulta con un test validado sencillo a personas con riesgo, confirmación y especificación diagnóstica sobre la base de entrevista clínica según criterios del DSM-V o mediante derivación a psiquiatría; tratamiento específico con psicofármacos y, probablemente psicoterapia en el ámbito especializado, más algunas otras intervenciones inespecíficas complementarias.<sup>41</sup>

Se habla de diferentes factores psicológicos subyacentes de las enfermedades mentales y como consecuencia directa de su formulación se proponen diferentes alternativas terapéuticas, sostenidas en la enorme diversidad de enfoques teóricos que interpretan la realidad del comportamiento humano.

Según Chamorro, en la Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria publicada en el año 2004, se trata básicamente de una psicoterapia breve de apoyo, cuyas características esenciales incluirán:

1. Establecer una relación empática con el paciente.
2. Actitud comprensiva, no sermonear.
3. Brindar soporte emocional adecuado.
4. Proporcionar una explicación racional para los síntomas del paciente.
5. Asociar como parte de la misma enfermedad los síntomas emocionales (tristeza, anhedonia), cognitivos (dificultades de concentración, fallos de memoria), biológicos (insomnio, hiporexia, anergia, fatiga).
6. Ofrecer información sobre el tratamiento y pronóstico
  7. Insistir en el carácter temporal y cíclico de estos procesos.
  8. Conseguir apoyo familiar y social adecuado.
  9. Establecer objetivos realistas en función de la fase evolutiva.
  10. Trabajar la reincorporación laboral como estrategia terapéutica en las fases finales de la recuperación.
11. Evitar las altas por sorpresas

#### IV.1.3.10. Tratamiento

La depresión, como fenómeno de naturaleza compleja y etiología multifactorial, es susceptible de ser tratada de muchas maneras, en coherencia con las diferentes perspectivas desde las que se entienda y conceptualice en un momento dado. Sin embargo, En general, se asume que los fármacos de nueva generación son igual de efectivos que los clásicos, tienen un perfil de acción más específico y menos efectos secundarios.<sup>42</sup>

Quizá, el hecho de ser los primeros en probar su eficacia y la formación predominantemente médica de los profesionales que, en mayor medida, tratan la depresión, se encuentran en la base de la preponderancia del tratamiento farmacológico de la depresión sobre otras opciones terapéuticas.

Entrando ya en el campo de la psicoterapia o tratamiento psicológico, los últimos 30 años de investigación en psicoterapia nos han legado alrededor de 250 ECAs sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos de la depresión en adultos.

Estos estudios ponen de relieve que el tratamiento psicológico es, como mínimo, tan eficaz como el tratamiento farmacológico en la reducción sintomática y superior en el mantenimiento de los logros en el seguimiento a los 12 meses.

Las intervenciones psicoterapéuticas asistidas por ordenador no se abordan en este lugar sino que se hará de manera preliminar en el apartado destinado al modelo de atención escalonado de la depresión y de una manera más exhaustiva en un epígrafe independiente.

Ello es debido, sobre todo, a que los tratamientos farmacológicos fueron los primeros en ser estudiados de un modo sistemático y son los más utilizados en el momento actual.

La revisión de *Hammen* establece cuatro categorías a la hora de clasificar la medicación antidepresiva, a saber: antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAOs), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y heterocíclicos de segunda generación.

Quizá, por lo que aquí concierne, lo más práctico sea, como hacen otros autores, distinguir entre antidepresivos clásicos o de primera generación y nuevos o de segunda generación.

La eficacia y seguridad del tratamiento farmacológico con antidepresivos, no sin controversias, está bien asentada y documentada, asumiéndose que proporcionan mayor beneficio cuanto más grave sea la depresión diversos países coinciden en recomendarlo como tratamiento de primera línea de actuación.

La reciente revisión metaanalítica de *Cuipers et al.*, muestra la eficacia de diversos tipos de tratamientos psicológicos para la depresión. Siendo conscientes de la ingente cantidad de modelos terapéuticos disponibles, a los efectos de la revisión que nos ocupa aquí hemos seleccionado aquellos que mayor cantidad de literatura empírica han generado y que presentan un mayor sustento empírico, a saber: la terapia cognitivo conductual (TCC), la terapia interpersonal (TIP), la terapia de solución de problemas (TSP) y la terapia de activación conductual (TAC).<sup>43</sup>

En términos de eficacia, las diferencias entre unas y otras son mínimas. Cuando se comparan el tratamiento psicológico y el farmacológico, el primero es ligeramente superior y la combinación de ambos superior a la eficacia de cada uno de ellos por separado. Estas conclusiones, además, son válidas no sólo para los casos leves y moderados, sino también para los episodios graves, los episodios recurrentes, los episodios de depresión post-parto y cuando la depresión es una condición asociada a otra patología médica.

Las terapias cognitivo conductuales Actualmente, dentro del paradigma dominante de investigación en psicoterapia o tratamientos psicológicos, la TCC es, sin duda, la terapia más investigada y con mayor apoyo empírico, no sólo para la depresión, sino que cuenta con adaptaciones para la gran mayoría de los trastornos mentales.

La TCC más que una terapia, constituye un conjunto de principios y procedimientos teórico-prácticos que bajo un énfasis científico y aplicado persigue ir depurando procedimientos y guías de intervención sistemáticas para problemas clínicos específicos. En el caso de la depresión, la terapia cognitiva de Beck, formalizada a finales de los años 70, ha sido el formato de terapia psicológica que mayor cantidad de literatura empírica ha generado como aval de su valor como tratamiento de la depresión.

Una vez realizado el análisis funcional de la conducta problema para el caso concreto, la TCC para la depresión se centra en la modificación de las

conductas disfuncionales, los pensamientos distorsionados que la promueven y mantienen y las actitudes, sesgos y creencias personales relacionadas con la visión negativa del yo, el entorno y el futuro.

El terapeuta adopta un rol activo, con un alto componente psicoeducativo, promoviendo desde el principio la colaboración mutua con el paciente de cara a la creación de la agenda de trabajo que guía de una manera estructurada la terapia. Combina tanto abordajes de naturaleza cognitiva como conductuales (programación de actividades agradables, experimentos conductuales).<sup>44</sup>

Los autorregistros de situaciones y pensamientos, la práctica entre sesiones y la monitorización sistemática del cambio son algunos de los pilares sobre los que se construye la agenda y el cambio sintomático. El formato de la terapia es de moderado a altamente estructurado, intensivo, focalizado en los síntomas y limitado en el tiempo. En la mayoría de los ECAs que han probado su eficacia se aplica el formato original de Beck que establece un rango de sesiones que oscila entre las 16 y las 20 sesiones de tratamiento con una duración de 50 minutos por sesión y una frecuencia semanal.

Los principales hallazgos recogidos en la mayoría de las GPC subrayan que la TCC es tan efectiva como el tratamiento con antidepresivos en el abordaje de la depresión mayor con independencia del nivel de gravedad del episodio, tanto al finalizar el tratamiento como al mes de seguimiento, observándose cierta superioridad de la TCC a los 12 meses de seguimiento.

La TCC presenta una menor discontinuación, en términos de abandono del tratamiento, que los antidepresivos y menores tasas de recaída/recurrencia al año de seguimiento. En la depresión leve, los formatos de TCC breves (6-8 sesiones) resultan tan efectivos como los más prolongados y tienen menos inconvenientes y mejor mantenimiento de la respuesta de remisión completa que los antidepresivos.

La combinación del tratamiento antidepresivo y TCC ofrece resultados superiores a cualquiera de los dos tratamientos por separado en la depresión grave y crónica. La TCC es mejor tolerada que los antidepresivos, especialmente en los casos graves. Y, por último, la TCC tiene un efecto protector independiente y acumulable a la medicación de mantenimiento contra las recaídas y la tendencia a la recurrencia, siendo los casos con múltiples



episodios, los que tienden a la recurrencia, los que mayor beneficio experimentan con la TCC.<sup>45</sup>

Como sugeríamos anteriormente, la TCC se entiende mejor como una familia de procedimientos dentro de una corriente de pensamiento enraizada en la tradición del análisis funcional de la conducta o conductismo. Es por ello que se encuentra en proceso constante de revisión, análisis y perfeccionamiento.

En este sentido, merecen ser resaltados otro tipo de abordajes dentro de esta misma línea de actuación. Por un lado, la implementación en grupo de la TCC, cuyo valor como medida para facilitar el acceso a tratamientos psicológicos para los pacientes con depresión en atención primaria es evidente. La guía NICE y su homónima española recogen la experiencia del programa *Coping with Depression Course*. Dicho programa es un paquete de tratamiento psicoterapéutico en formato grupal, con un fuerte componente psicoeducativo en torno al trastorno depresivo, que promueve el entrenamiento en técnicas y estrategias de afrontamiento para lidiar con la depresión.

Los diversos módulos (habilidades sociales, reestructuración cognitiva, activación conductual, entre otros) se desarrollan a lo largo de 8 semanas hasta completar un total de 12 sesiones de 2 horas de duración. La intensidad es mayor al principio, en las primeras 4 semanas se realizan dos sesiones a la semana, y menor en la fase final, en las siguientes 4 semanas se pasa a una periodicidad semanal.

Son grupos altamente estructurados en su conducción, suelen estar formados por entre 6-10 adultos y se conducen por dos especialistas. Se realiza seguimiento al mes y a los 6 meses. La guía NICE considera que podría ser un tratamiento efectivo en pacientes con depresión leve al haber probado ser superior a la lista de espera y el tratamiento habitual recibido en atención primaria.

Si bien existen estudios que muestran que bajo determinadas circunstancias puede ser tan eficaz como el formato individual, dicha línea de investigación en cuanto al rigor, cantidad y valor de las pruebas empíricas es todavía un área incipiente, aunque, desde luego, prometedora y fundamental para poder llegar a todos los ciudadanos que necesiten tratamientos psicológicos.

Finalmente, un sistema de tratamiento que ha recibido mucha atención por clínicos e investigadores en los últimos años ha sido la Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness* (MBCT por sus siglas en inglés, *Mindfulness-based Cognitive Therapy*).<sup>46</sup>

Sin ser exhaustivos, es un sistema de tratamiento en formato grupal similar al anterior, pero en el que se complementa la TCC tradicional con las virtudes de la meditación *mindfulness*. Es un tratamiento especialmente concebido desde su diseño para las personas que padecen un trastorno depresivo crónico y/o recurrente y que ha probado ser eficaz, en dichos casos, en la reducción del número de recaídas y recurrencias

La terapia interpersonal. A diferencia del modelo anterior la TIP no ofrece un marco explicativo general de la depresión sino que es un tratamiento psicoterapéutico que surge de testar empíricamente ciertas impresiones clínicas.

Fue desarrollada por Klerman *et al.*, sobre la base de la observación clínica de la relevancia de cuatro áreas en la depresión: el duelo, las disputas interpersonales, la transición de rol y los déficits en habilidades sociales. Del mismo modo que la terapia cognitiva de Beck, pese a nacer como un tratamiento específico para la depresión, con sus debidas adaptaciones, ha expandido su campo de actuación a otros problemas clínicos.<sup>47</sup>

La TIP es una terapia protocolizada y estructurada en diversas fases y objetivos, según las cuatro áreas señaladas sobre las que se organiza el tratamiento.

El formato estándar consta de 16 sesiones, de 50-60 minutos, y periodicidad semanal. La guía NICE incluye cuatro estudios bien diseñados, aleatorizados y controlados donde se comparan la TCC con la TIP sin encontrar diferencias significativas clínicamente relevantes en las puntuaciones finales en las escalas de depresión al final del tratamiento. La revisión de Cuijpers *et al.*, también apunta en la misma dirección.

Sin abundar en ello, la preferencia de los pacientes por recibir un tratamiento farmacológico o psicoterapéutico influye en la eficacia del tratamiento cuando éste es sintónico con la preferencia.

Un estudio en el que se compararon la TIP y el escitalopram corrobora esta hipótesis. También se observa este efecto en cuanto al formato de la terapia,

cuando se comparan dos abordajes psicoterapéuticos. En este contexto, la TIP estaría especialmente indicada cuando la problemática relacionada con la depresión cae en alguno de los cuatro ámbitos específicos sobre los que se trabaja con este tratamiento [103]. La TIP no ha sido un tratamiento tan exhaustivamente estudiado como la TCC y sus variantes.

No obstante, lo suficiente para que las GPC la ubiquen como un tratamiento de primera línea de actuación al nivel de la TCC y los antidepresivos. En consecuencia, con las debidas precauciones, dado que cuando ambos tratamientos se comparan no se aprecian diferencias sustanciales, puede asumirse que las conclusiones sobre los beneficios de la TCC citadas en su lugar pueden hacerse extensibles a la TIP y las propiedades de su tratamiento.<sup>48</sup>

Por otro lado, en términos clínicos y de la terapéutica implicada no son tratamientos tan distintos salvo por la vía de acceso de la intervención: la conducta y las cogniciones en la TCC, los aspectos interpersonales en la TIP.

Terapia de solución de problemas Tanto la guía NICE como la GPC del Ministerio de Sanidad, tratan la TSP por separado y optamos aquí por seguir ese modelo. Sin embargo, ello induce a pensar en la TSP como un tratamiento psicoterapéutico independiente del resto

Por ello, es habitual encontrar un capítulo al respecto en la mayoría de manuales teóricos y de práctica clínica de TCC. Existe evidencia consistente de la relación entre la depresión y la baja capacidad para resolver problemas, especialmente de naturaleza interpersonal y social.

Como todos los tratamientos que venimos revisando, la TSP tiene un formato estructurado, breve, focalizado e intensivo. Fundamentalmente se centra en promover una orientación proactiva hacia los problemas y el trabajo sobre las habilidades necesarias para resolver aquellos problemas que tienen solución, aplazar los que quizá tienen solución en el futuro pero no en el presente inmediato y aceptar aquellos que no tienen solución.<sup>49</sup>

Ha probado ser superior al placebo y ser equivalente a los antidepresivos, pero desde la publicación de la guía NICE no se conocen nuevos estudios comparativos. Las últimas revisiones metaanalíticas específicas sobre la TSP y la depresión ponen de relieve su eficacia y valor como tratamiento de la depresión.

No obstante, también se señala la falta de especificidad y claridad sobre qué tipo de pacientes y bajo qué circunstancias puede estar indicada su elección respecto a otras opciones disponibles.

En consecuencia, parece razonable, en este estado de la investigación, optar por recomendar tratamientos más sistematizadamente estudiados como la TCC y la TIP, o incluso la propia TAC que pasamos a revisar brevemente a continuación. La terapia de activación conductual La TAC surge de un interesante debate en el seno de los modelos basados en la TCC sobre el ingrediente activo responsable de la eficacia de la TCC en la depresión.<sup>50</sup>

Se cuestiona el mecanismo de cambio postulado por Beck *et al*, según el cual la mejoría sintomática de la depresión se experimenta tras realizarse diversos cambios en el sistema de creencias de los pacientes y se señala que los pacientes suelen mejorar en las primeras fases de la terapia, antes de que el cambio cognitivo se haya llegado a promover.

Desde las tesis más radicales se considera innecesario facilitar específicamente un cambio cognitivo, considerando que lo eficaz de la terapia es la parte relativa a la activación conductual y la programación de actividades agradables. Sin embargo, esta controversia sigue sin esclarecerse y los resultados son inconsistentes por la propia dificultad inherente a los diseños experimentales que permiten testar este tipo de hipótesis.

La TAC es una terapia estructurada, breve, intensiva y focalizada, en la que se emplean y enfatizan técnicas conductuales encaminadas a lograr que el paciente con depresión se comprometa y aprenda a reorganizar su vida, cambiando el entorno para que las contingencias y refuerzos que recibe por sus actos sean más positivos y menos aversivos.

Así mismo, del mismo modo que la terapia cognitiva de Beck o TCC estándar, plantea un modelo general explicativo sobre el trastorno depresivo pero desprovisto de aspectos cognitivos y enteramente centrado en variables conductuales operacionales y medibles.

Aunque se puede asumir que la activación conductual es un módulo o fase de trabajo dentro de la TCC, en los últimos tiempos Martell *et al.*, han hecho un trabajo exhaustivo y notable por dotar a la TAC de independencia y

sistematización, logrando en la actualidad la consideración de tratamiento específico con entidad propia.

Respecto a los principales resultados recogidos en las GPC: tres ECAs no muestran diferencias significativas al final del tratamiento entre TAC y TCC; ha probado ser equivalente al tratamiento con antidepresivos al final del tratamiento en pacientes con depresión moderada y grave, presentando menor riesgo de discontinuación y menores tasas de recaídas al año de seguimiento.

#### IV.1.3.11. Prevención

Clasificación de las intervenciones preventivas Podemos distinguir entre prevención primaria, secundaria y terciaria. En la prevención primaria podemos incluir varios tipos de intervenciones: Intervenciones universales: El fortalecer e intensificar los factores de protección en la población reduce la sintomatología depresiva. Ejemplo: Los programas escolares basados en técnicas cognitivas, de resolución de problemas y habilidades sociales en niños y adolescentes.<sup>51</sup>

Algunos de estos programas escolares encuentran reducciones de un 50% o más en los niveles de síntomas depresivos al año de la intervención.

Los programas que fomentan la realización de ejercicio en personas mayores. Estudios y ensayos controlados han demostrado que el ejercicio en personas mayores tiene importantes beneficios físicos y psicológicos: mejora el estado de ánimo, reduce los síntomas depresivos, produce sensación de satisfacción y bien estar, baja la tensión arterial y disminuye las caídas. Intervenciones selectivas:

Las intervenciones dirigidas a personas que sufren acontecimientos vitales mayores han demostrado ser efectivas, como los programas dirigidos a niños que sufren la muerte de uno de los padres o el divorcio. Las intervenciones sobre niños, adolescentes de padres con depresión son una prometedora estrategia. Pueden esperarse reducciones de incidencia de depresión a través de mejorar el apoyo a refugiados y personas expuestas a traumas de guerra.

Intervenciones indicadas:

Los programas dirigidos a aquellas personas con elevados niveles de síntomas depresivos pero que no cumplen criterios de trastorno depresivo, muestran gran eficacia en reducir los altos niveles de síntomas depresivos y en prevenir episodios depresivos.

Estos programas han sido dirigidos a grupos de pacientes de atención primaria, adolescentes y otros. A través de formación en grupo, enseñándoles a pensar en positivo y cambiar los estilos de pensamientos negativos y aprendizaje en técnicas de resolución de problemas. Solamente en adolescentes se ha encontrado evidencia con estudios randomizados. El hallazgo de que los trastornos de ansiedad frecuentemente preceden al inicio de la de presión potencia la importancia de programas de prevención como estrategia indirecta para reducir el riesgo de depresión.<sup>52</sup>

La prevención secundaria: Busca reducir la prevalencia de la depresión a través de la detección precoz y tratamiento de los trastornos depresivos. En este sentido tiene gran importancia el papel de la Atención Primaria.

La *Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)* concluye que hay una evidencia razonable en recomendar screening en adultos en Atención Primaria si tienen acceso a seguimiento y tratamiento adecuado (medicaciones antidepresivas y psicoterapia).

Sin embargo no encuentra evidencia en recomendar screening si no existen posibilidades de un seguimiento y tratamiento adecuado. El Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud en atención primaria (PAPPS) recomienda la detección precoz de los trastornos de ansiedad y depresión seguida de una adecuada intervención.

La prevención terciaria: Incluye intervenciones que reducen la incapacidad, fomentan la rehabilitación y previenen las recaídas y recurrencias de la enfermedad, así como las complicaciones. Prevención del suicidio. El suicidio es la más temida y trágica complicación de la depresión. En el 2012 se estima que 877.000 vidas se perdieron en el mundo como causa del suicidio.

La depresión es el trastorno psíquico con más riesgo de suicidio. La formación de los médicos de Atención Primaria en el reconocimiento y tratamiento de los trastornos depresivos se ha demostrado que reduce la tasa de suicidios.

## V. OPERACIONALIZACIÓN DELAS VARIABLES

| Variables                | Concepto  | Indicador   | Escala   |
|--------------------------|---|---|----------|
| Prevalencia de depresión | Presencia de estado depresivo en los adolescente en estudio   | Sí<br>No  | Nominal  |
| Depresión                | Estado patológico caracterizado por la alteración de los sentimientos, se manifiesta por una excesiva tristeza, angustia, desesperación, desconsuelo y pesimismo  | Leve<br>Moderada<br>Severa  | Nominal  |
| Edad                     | Estado de desarrollo corporal semejante, desde el punto de vista de los exámenes físicos y de laboratorio a lo que es normal para un hombre o mujer con el mismo tiempo de vida cronológica.  | Años cumplidos  | De razón |
| Sexo                     | Estado genotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo  | Masculino<br>Femenino   | Nominal  |
| Escolaridad              | Título otorgado por el ministerio de educación en donde certifica los estudios realizados.  | Primero<br>Segundo<br>Tercero<br>Cuarto<br>Quinto<br>Sexto                | Nominal  |
| Religión                 | Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto | Católica<br>Evangélica<br>Testigo de Jehová<br>Mormona<br>Otra<br>Ninguna | Nominal  |
| Tipo de familia          | Elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado según quienes lo conforman se clasifican en tipos   | Familia Nuclear<br>Familia Monoparental:<br>Familia extendida             | Nominal  |
| Escala de Beck           | Cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión   | Los que mida la escala  | Nominal  |

## **VI. MATERIAL Y MÉTODO**

### VI.1. Tipo de estudio

La investigación presente se encuentra dentro del tipo descriptivo, prospectivo, y de corte transversal, enmarcándose dentro de un cuadro cuantitativo y cualitativo, cuyo objetivo principal se centró en determinar la prevalencia de depresión en adolescente del Liceo Juan Pablo Duarte,

### VI.2. Ámbito de estudio

El estudio fue realizado en el Liceo Juan Pablo Duarte, el cual se encuentra ubicado en la urbanización Amalia, del Municipio Santo Domingo Oeste.

### VI.3. Universo

El universo estuvo conformado por 723 estudiantes que cursan el nivel medio de educación en el Liceo Juan Pablo Duarte entre enero-marzo, 2020.

### VI.4. Muestra

La muestra estuvo constituida por 90 los adolescentes (10-19 años) que cursan el nivel medio de educación en el Liceo Juan Pablo Duarte durante enero-marzo, 2020. Equivalente al 12.5 por ciento.

### VI.5. Criterios de inclusión

1. Adolescentes mujeres u hombres entre 10 y 19 años.
2. Aceptación voluntaria para las entrevistas.
3. No discrimina sexo.

### VI.6. Criterios de exclusión

1. Adolescentes que no deseen participar en el estudio.
2. Adolescentes tratados con terapia psiquiátrica.

### VI.7. Instrumento de recolección de datos

. Los datos necesarios para esta investigación se obtuvieron por medio de una ficha hecha por la investigadora, donde se exponen las variables de los cuestionamientos que se proponen en el estudio.



#### VI.8. Procedimiento

Para tales fines se utilizó un formulario con preguntas cerradas y el inventario de depresión de Beck. Este test consta de 21 preguntas con respuesta múltiple, donde el sujeto en cuestión que realiza el test deberá valorar en una escala de 0 a 3 el grado en el cual se identifica personalmente con la respuesta que ha contestado en el mismo (donde 0 es que no te identificas en absoluto, pudiendo concluir que no presentas los síntomas sobre los que versa la pregunta; y 3 es que hay una identificación absoluta, por lo cual, el sujeto padecería los síntomas). Una vez realizado el test, se deben sumar los resultados obtenidos en la escala de valoración del sujeto, obteniendo un máximo posible de puntos de 63, ya que hay 21 preguntas y cada pregunta puede ser valorada con un máximo de 3 puntos:

Valoración de 0 a 13: el sujeto no padece depresión.

Valoración de 14 a 19: el sujeto padece una depresión tenue.

Valoración de 20 a 28: el sujeto padece una depresión moderada.

Valoración de 29 a 63: el sujeto padece una depresión severa.

#### VI.9. Tabulación

La información obtenida fue tabulada mediante el programa de computadora digital: EPI-INFO-7.2

#### VI.10. Análisis

Los datos obtenidos fueron analizados mediante medidas relativas tales como: frecuencia simple.

#### VI.11. Principios éticas y bioéticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las informativas éticas internacionales incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del comité de la universidad a través de la Escuela de Medicina y de la Coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, 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, la identidad contenida fue protegida en todo momento. Finalmente toda la información incluida en el texto del presente estudio, tomada en otros autores fue justificada por su llamada correspondiente.

## VII. RESULTADOS

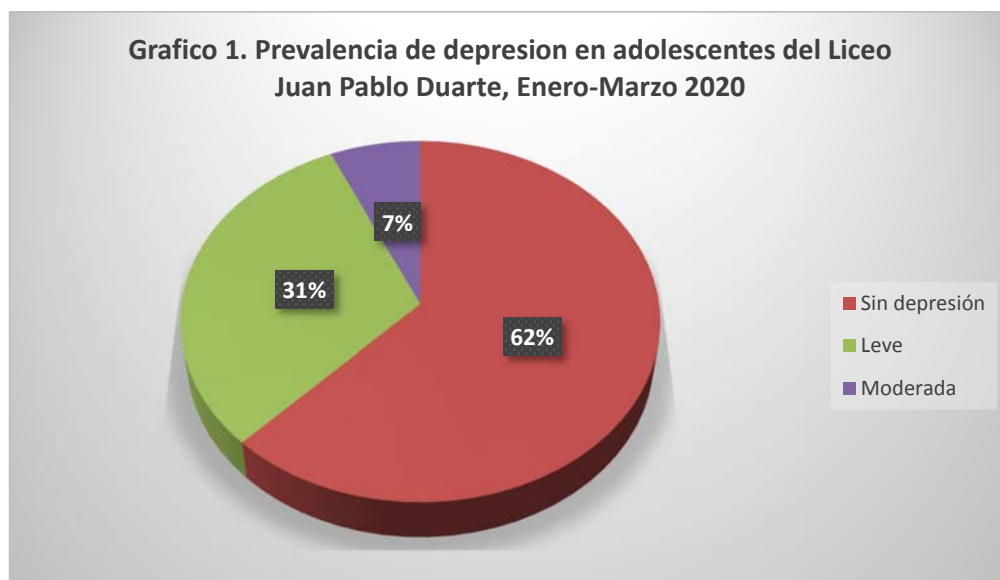
Cuadro 1. Prevalencia de depresión en adolescentes del Liceo Juan Pablo Duarte, enero-marzo, 2020

| Depresión     | Frecuencia | %     |
|---------------|------------|-------|
| Sin depresión | 56         | 62.0  |
| Leve          | 28         | 31.0  |
| Moderada      | 6          | 7.0   |
| Total         | 90         | 100.0 |

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes del Liceo Secundario Juan Pablo Duarte

Se evidenció que el 62.0 por ciento de los adolescentes encuestados no se encontraban padeciendo depresión y un 31.0 por ciento presentaron depresión leve.

Gráfico No. 1



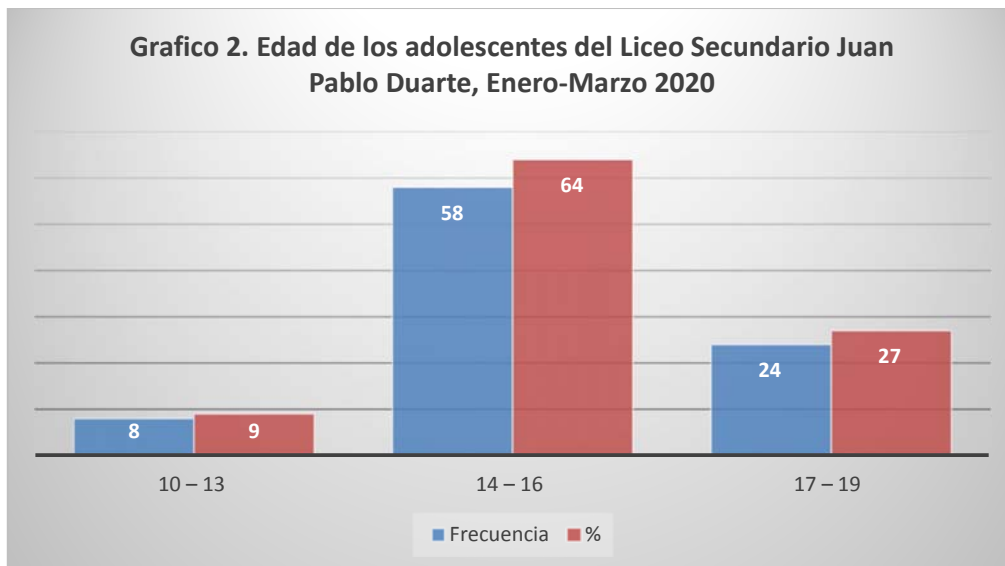
Cuadro 2. Edad de los adolescentes del Liceo Secundario Juan Pablo Duarte, enero-marzo, 2020.

| Edad (años) | Frecuencia | %     |
|-------------|------------|-------|
| 10 – 13     | 8          | 9.0   |
| 14 – 16     | 58         | 64.0  |
| 17 – 19     | 24         | 27.0  |
| Total       | 90         | 100.0 |

Fuente: Encuesta aplicada a docentes del Liceo Secundario Juan Pablo Duarte

.Se encontró que un 64.0 por ciento de los adolescentes estaban comprendidos entre 14-16 años.

Gráfico No. 2



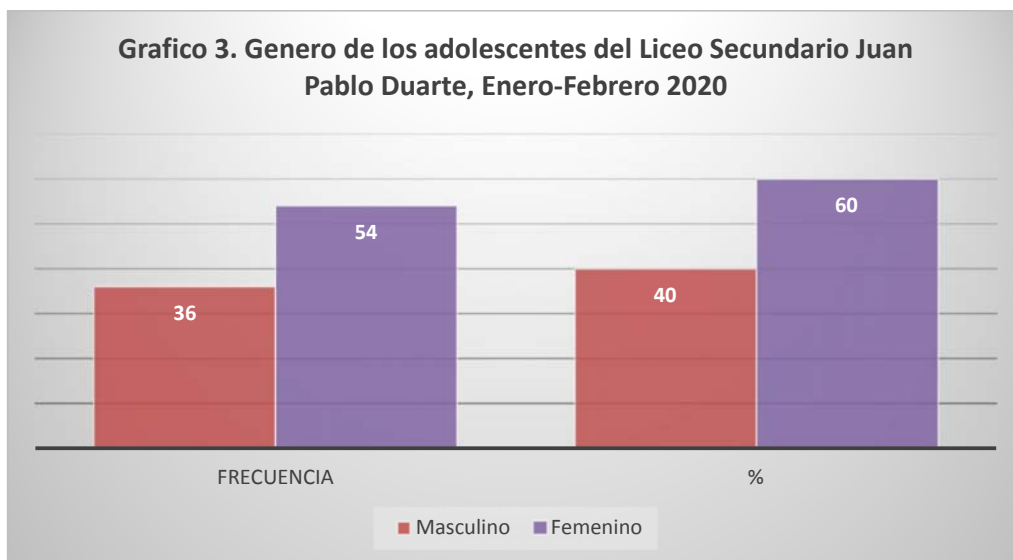
Cuadro 3. Género de los adolescentes del Liceo Secundario Juan Pablo Duarte, enero-marzo, 2020.

| Sexo      | Frecuencia | %     |
|-----------|------------|-------|
| Masculino | 36         | 40.0  |
| Femenino  | 54         | 60.0  |
| Total     | 90         | 100.0 |

Fuente: Encuesta aplicada a docentes del Liceo Secundario Juan Pablo Duarte

Se evidenció que el 60.0 por ciento de los adolescentes correspondieron al género femenino.

Gráfico No. 3



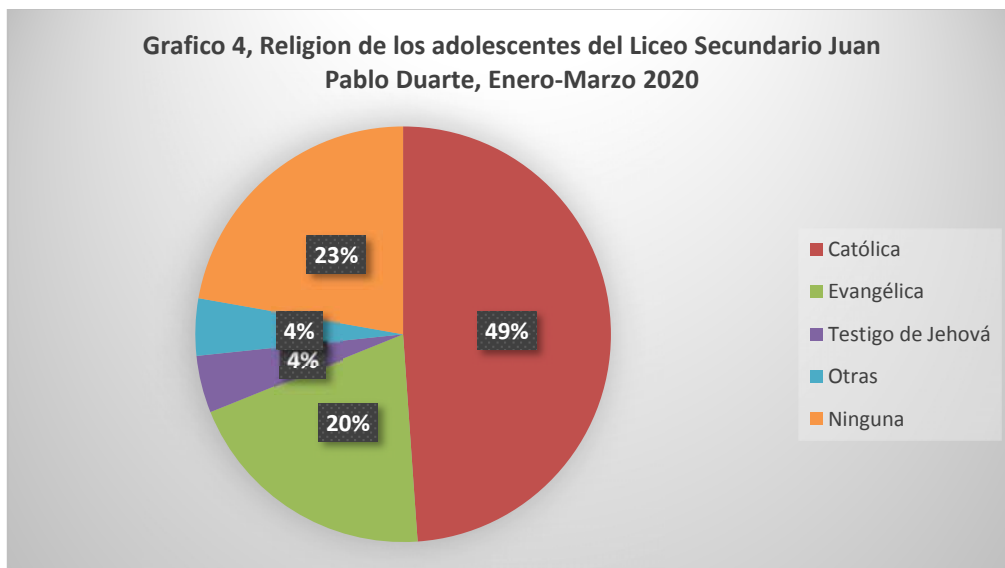
Cuadro 4. Religión de los adolescentes del Liceo Secundario Juan Pablo Duarte, enero-marzo, 2020.

| Religión          | Frecuencia | %     |
|-------------------|------------|-------|
| Católica          | 44         | 49.0  |
| Evangélica        | 18         | 20.0  |
| Testigo de Jehová | 4          | 4.0   |
| Otras             | 4          | 4.0   |
| Ninguna           | 20         | 23.0  |
| Total             | 90         | 100.0 |

Fuente: Encuesta aplicada a docentes del Liceo Secundario Juan Pablo Duarte

Se evidenció que el 49.0 por ciento de los adolescentes profesaban la religión católica.

Gráfico No. 4



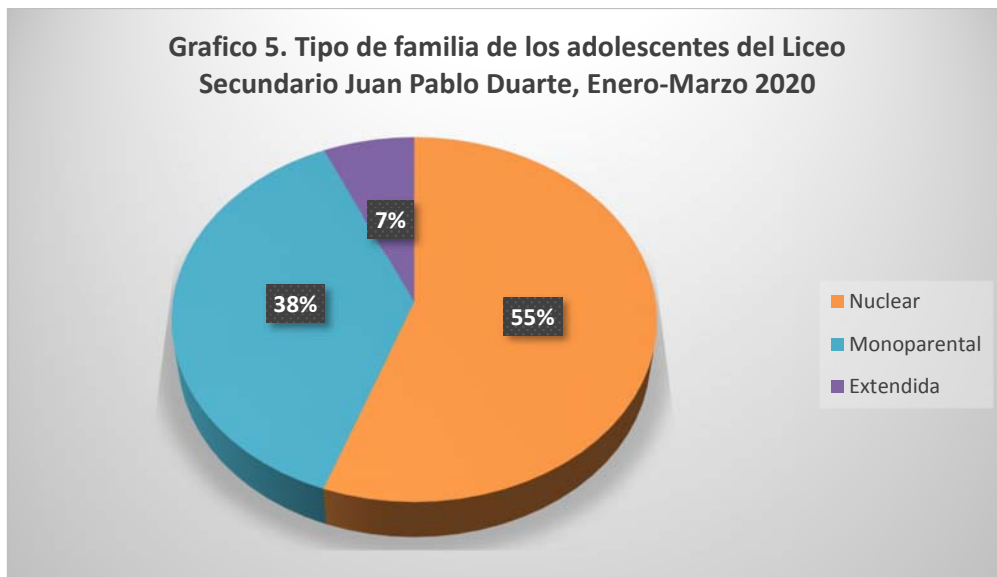
Cuadro 5. Tipo de familia de los adolescentes del Liceo Secundario Juan Pablo Duarte, enero-marzo, 2020.

| Tipo de familia | Frecuencia | %     |
|-----------------|------------|-------|
| Nuclear         | 50         | 55.0  |
| Monoparental    | 34         | 38.0  |
| Extendida       | 6          | 7.0   |
| Total           | 90         | 100.0 |

Fuente: Encuesta aplicada a docentes del Liceo Secundario Juan Pablo Duarte

Se observó que un 55.0 por ciento de los adolescentes procedían de familia nuclear.

Gráfico No. 5



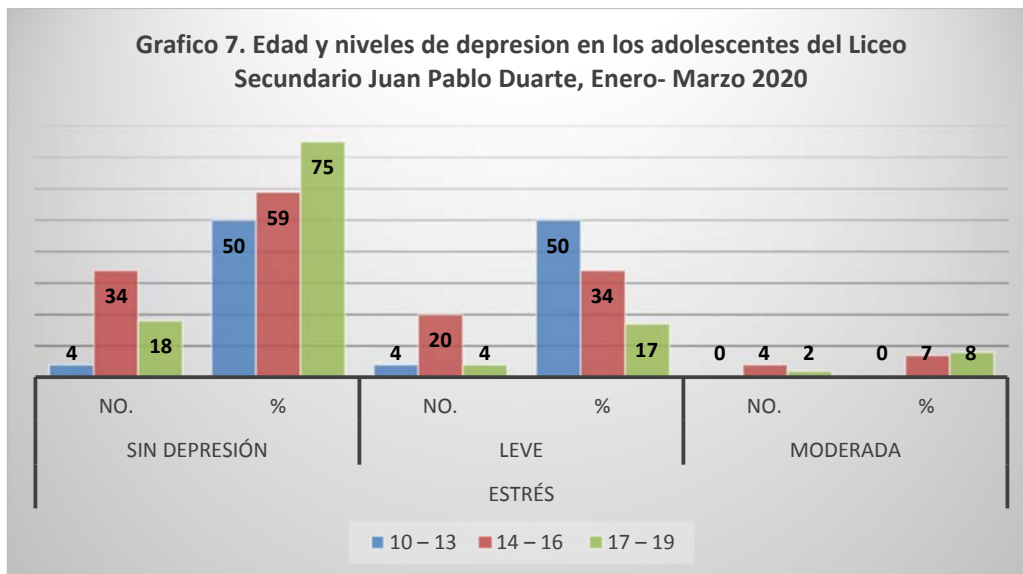
Cuadro 6. Edad y niveles de depresión de los adolescentes del Liceo Secundario Juan Pablo Duarte, enero-marzo, 2020.

| Edad (años) | Estrés        |      |      |      |          |     | Total |       |
|-------------|---------------|------|------|------|----------|-----|-------|-------|
|             | Sin depresión |      | Leve |      | Moderada |     |       |       |
|             | No.           | %    | No.  | %    | No.      | %   | No.   | %     |
| 10 – 13     | 4             | 50.0 | 4    | 50.0 | 0        | 0.0 | 8     | 9.0   |
| 14 – 16     | 34            | 59.0 | 20   | 34.0 | 4        | 7.0 | 58    | 64.0  |
| 17 – 19     | 18            | 75.0 | 4    | 17.0 | 2        | 8.0 | 24    | 27.0  |
| Total       | 56            | 62.0 | 28   | 31.0 | 6        | 7.0 | 90    | 100.0 |

Fuente: Encuesta aplicada a docentes del Liceo Secundario Juan Pablo Duarte

Se encontró que de los 58 adolescentes comprendidos entre 14-16 años, el 59.0 por ciento no presentó depresión, un 34.0 por ciento depresión leve y el 7.0 por ciento moderada.

Gráfico No. 7





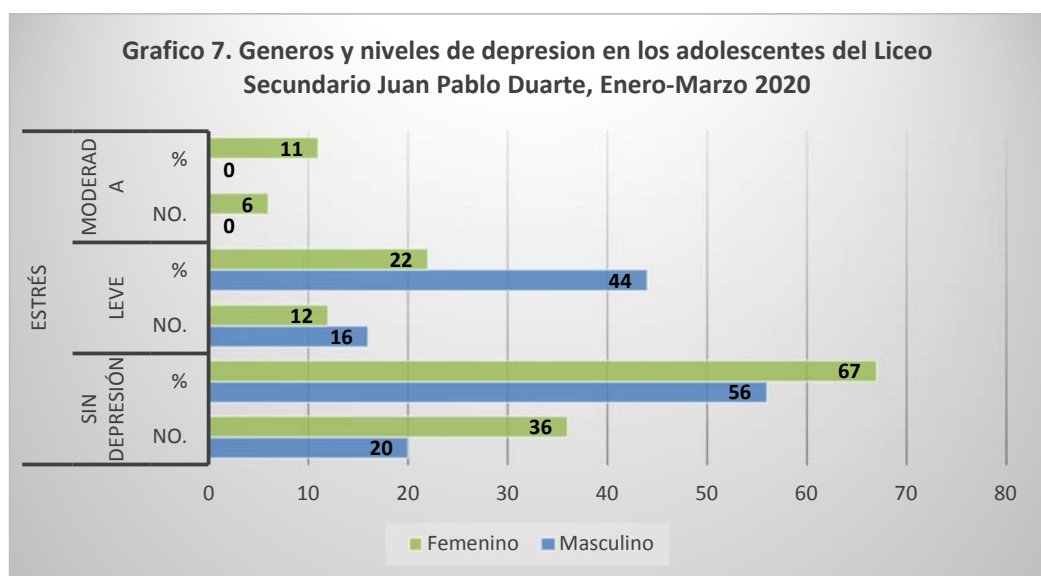
Cuadro 7. Género y niveles de depresión de los adolescentes del Liceo Secundario Juan Pablo Duarte, enero-marzo, 2020.

| Género    | Estrés        |      |      |      |          |      | Total |       |
|-----------|---------------|------|------|------|----------|------|-------|-------|
|           | Sin depresión |      | Leve |      | Moderada |      |       |       |
|           | No.           | %    | No.  | %    | No.      | %    | No.   | %     |
| Masculino | 20            | 56.0 | 16   | 44.0 | 0        | 0.0  | 36    | 40.0  |
| Femenino  | 36            | 67.0 | 12   | 22.0 | 6        | 11.0 | 54    | 60.0  |
| Total     | 56            | 62.0 | 28   | 31.0 | 6        | 7.0  | 90    | 100.0 |

Fuente: Encuesta aplicada a docentes del Liceo Secundario Juan Pablo Duarte

Se encontró que de los 54 adolescentes correspondiente al género femenino, un 67.0 por ciento no presentó depresión, el 22.0 por ciento depresión leve y el 11.0 por ciento moderada.

Grafica No. 7



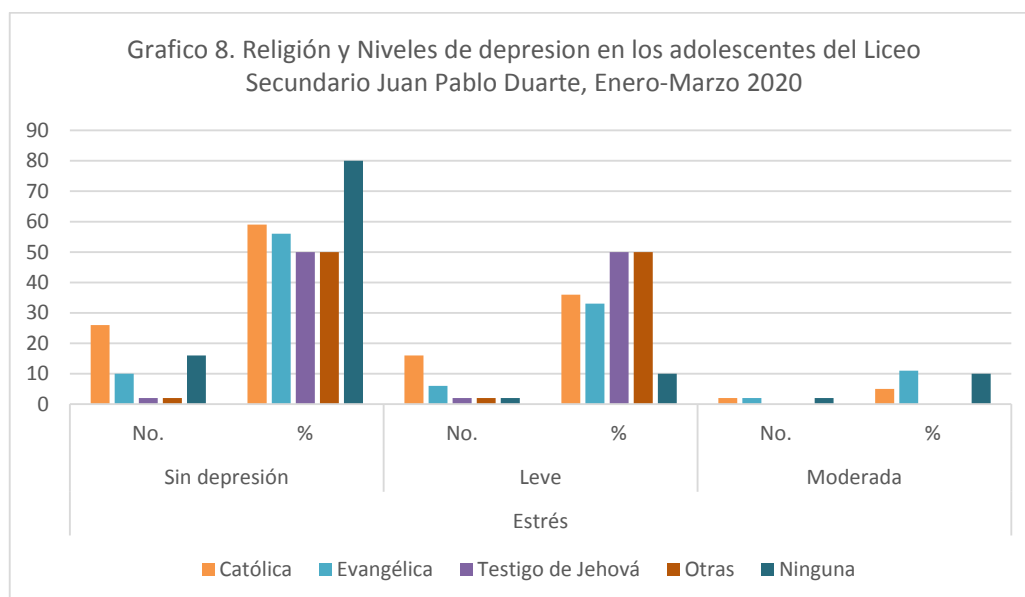
Cuadro 8. Religión y niveles de depresión de los adolescentes del Liceo Secundario Juan Pablo Duarte, enero-marzo, 2020.

| Religión          | Estrés        |             |           |             |          |            | Total     |              |
|-------------------|---------------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|-----------|--------------|
|                   | Sin depresión |             | Leve      |             | Moderada |            |           |              |
|                   | No.           | %           | No.       | %           | No.      | %          | No.       | %            |
| Católica          | 26            | 59.0        | 16        | 36.0        | 2        | 5.0        | 44        | 49.0         |
| Evangélica        | 10            | 56.0        | 6         | 33.0        | 2        | 11.0       | 18        | 20.0         |
| Testigo de Jehová | 2             | 50.0        | 2         | 50.0        | 0        | 0.0        | 4         | 4.0          |
| Otras             | 2             | 50.0        | 2         | 50.0        | 0        | 0.0        | 4         | 4.0          |
| Ninguna           | 16            | 80.0        | 2         | 10.0        | 2        | 10.0       | 20        | 23.0         |
| <b>Total</b>      | <b>56</b>     | <b>62.0</b> | <b>28</b> | <b>31.0</b> | <b>6</b> | <b>7.0</b> | <b>90</b> | <b>100.0</b> |

Fuente: Encuesta aplicada a docentes del Liceo Secundario Juan Pablo Duarte

Se encontró que de los 44 adolescentes correspondientes a la religión católica, un 59.0 por ciento no presentó depresión, el 36.0 por ciento depresión leve y un 5.0 por ciento moderada.

Gráfico No.8



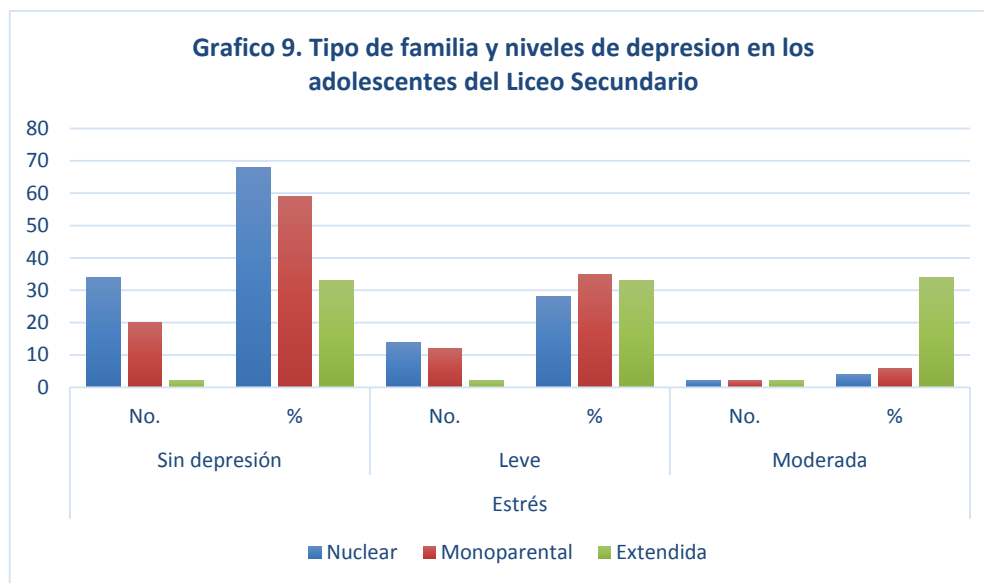
Cuadro 9. Tipo de familia y niveles de depresión de los adolescentes del Liceo Secundario Juan Pablo Duarte, enero-marzo, 2020.

| Tipo de familia | Estrés        |      |      |      |          |      | Total |       |
|-----------------|---------------|------|------|------|----------|------|-------|-------|
|                 | Sin depresión |      | Leve |      | Moderada |      |       |       |
|                 | No.           | %    | No.  | %    | No.      | %    | No.   | %     |
| Nuclear         | 34            | 68.0 | 14   | 28.0 | 2        | 4.0  | 50    | 55.0  |
| Monoparental    | 20            | 59.0 | 12   | 35.0 | 2        | 6.0  | 34    | 38.0  |
| Extendida       | 2             | 33.0 | 2    | 33.0 | 2        | 34.0 | 6     | 7.0   |
| Total           | 56            | 62.0 | 28   | 31.0 | 6        | 7.0  | 90    | 100.0 |

Fuente: Encuesta aplicada a docentes del Liceo Secundario Juan Pablo Duarte

Se encontró que de los 50 adolescentes viviendo en familia nuclear, el 68.0 por ciento no presentó depresión, un 28.0 por ciento depresión leve y el 4.0 por ciento moderada.

Grafico No. 9



## VIII. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente trabajo investigativo indican que de un total de 90 estudiantes del Liceo Juan Pablo Duarte, 34 de ellos presentan algún tipo de depresión, por lo que estamos frente a una población que requiere atención prioritaria ya que es un caso de salud mental que puede ser desencadenante y afectar a toda una población infanto-juvenil en su desarrollo. Estos resultados difieren de los estudio llevados a cabo por Dos Santos *et al*, sobre la prevalencia de depresión y su relación con el motivo de la consulta y el diagnóstico médico entre 13 y 19 años, que acudieron a 10 unidades de atención primaria para consultar con médico no psiquiatra entre octubre-enero, 2018, quienes reportaron una prevalencia fue del 26.5 por ciento. Cedeño en su estudio sobre los factores que influyen en la ansiedad y depresión en los adolescentes del bachillerato de la unidad educativa fiscal Luis Vargas Torres de la Ciudad de Esmeraldas entre enero-mayo, 2017, determinaron una prevalencia de 25.6 por ciento.

Así mismo, los resultados no son coincidente con los datos obtenidos en el estudio de tipo descriptivo, transversal, realizado por Ferrel Ortega, F.; Vélez Mendoza, J.; Ferrel Ballestas, L.(2014) denominado “Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima” realizado en la ciudad de Santa Martha-Colombia, estudió a 629 estudiantes y muestra intencional de 210 adolescentes de ambos sexos, la prevalencia del 68.0 por ciento. Otro estudio de tipo transversal, comparativo y observacional realizado por Ceballos Rivera, Jaime Jonathan; Ochoa Muñoz, Josefina; Cortez Pérez, Elizabeth (2010), “Depresión en la adolescencia. Su relación con actividad deportiva y consumo de drogas” realizado en México, en donde seleccionaron 324 estudiantes de 15 a 18 años a quienes se les aplicó el Inventario para depresión (de Beck) la prevalencia de depresión fue de 62.4 por ciento.

Al analizar los grupos de edades, se evidenció que los adolescentes comprendidos entre los 14-16 años fueron los más encuestados, observándose que 24 de ellos presentaron algún grado de depresión, siendo afectado con depresión leve el 34.0 por ciento y un 7.0 por ciento correspondió a la depresión moderada. Hallazgo coincidente con Lezama en su estudio sobre las

propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana en el 2012

En cuanto al género encontramos en el estudio un mayor número de mujeres, con 54 casos con relación a los hombres, con 36 casos, con una prevalencia de depresión en mujeres 60.0 por ciento y en hombres 40.0 por ciento con una relación de 1.5:1 respectivamente, por lo que tendría relación a lo que menciona Sánchez en el 2016, la mayor prevalencia de depresión es en mujeres a razón de 2:1; se puede correlacionar con un estudio realizado por Tatiana Quezada (2014) "Comparación entre el test de Hamilton y Beck para determinar mayor eficacia diagnóstica de depresión, aplicado a estudiantes de medicina de la Universidad nacional de Loja" es un estudio descriptivo, transversal en donde se estudiaron 180 alumnos, mediante la escala de Hamilton se encontró que las mujeres presentaban el 31.0 por ciento de depresión y el 29.8 por ciento depresión en hombres con una relación de 2:1 en mujeres y hombres respectivamente.

La religión estuvo presente en la mayoría de los adolescentes encuestados, esto se podría tomar como un factor de protección a la hora de tener depresión resultado corroborado Chó, *et al*, en el, 2017, quien señala que no tener una creencia religiosa se considera variable explicativa para depresión. Se sabe que la religión profesada por los adolescentes podría actuar como factor protector, sin embargo una encuesta de abril de 2009 realizada por el Instituto de Opinión Pública de la Universidad Católica (PUCP-IOP) informa que el 75.0 por ciento de limeños se declaran católicos y un 11.0 por ciento declara ser evangélicos, además, sólo un 62.0 por ciento considera ser poco religioso; similares resultados se obtuvieron entre las alumnas encuestadas puesto que el 49.0 por ciento profesa la religión católica, el 20.0 por ciento la evangélica y llama la atención que el 23.0 por ciento se considere ateo.

La mayoría de estudios clínicos sobre salud mental, se han llevado a cabo con población adulta, así como aquellos que se focalizan en sintomatología depresiva. En tal sentido, la presente investigación, hace un aporte relevante al analizar los factores familiares que se asocian con la sintomatología depresiva de 90 adolescentes. Dentro de estos factores, se ha podido determinar que, en el 38.0 por ciento de adolescentes que presentan indicadores de sintomatología depresiva, la estructura familiar se asocia con niveles más altos

de depresión, como también ha sido reportado en otras investigaciones, de modo tal que una estructura familiar nuclear se asocia con menos niveles de depresión y estructuras familiares monoparentales, reconstruidas o sin la presencia de sus padres, presentan asociaciones significativas con la sintomatología depresiva

## **IX. CONCLUSIONES**

1. El 62.0 por ciento de los adolescentes encuestados no se encontraban padeciendo depresión y un 31.0 por ciento presentaron depresión leve.
2. Un 64.0 por ciento de los adolescentes estaban comprendidos entre 14-16 años.
3. El 60.0 por ciento de los docentes correspondieron al género femenino.
4. El 49.0 por ciento de los adolescentes profesaban la religión católica.
5. Un 55.0 por ciento de los adolescentes procedían de familia nuclear.
6. De los 58 adolescentes comprendidos entre 14-16 años, el 59.0 por ciento no presentó depresión, un 34.0 por ciento depresión leve y el 7.0 por ciento moderada.
7. De los 54 adolescentes correspondiente al género femenino, un 67.0 por ciento no presentó depresión, el 22.0 por ciento depresión leve y el 11.0 por ciento moderada.
8. De los 44 adolescentes correspondientes a la religión católica, un 59.0 por ciento no presentó depresión, el 36.0 por ciento depresión leve y un 5.0 por ciento moderada.
9. De los 50 adolescentes viviendo en familia nuclear, el 68.0 por ciento no presentó depresión, un 28.0 por ciento depresión leve y el 4.0 por ciento moderada.

## **X. RECOMENDACIONES**

1. Orientar las políticas públicas sobre salud mental en la población adolescente, y en lo posible, derivar ciertas medidas y dispositivos que permitan disminuir los altos niveles de depresión adolescente.
2. Continuar investigándose este fenómeno en relación a otras variables próximas al entorno social del adolescente, como la escuela, los amigos y la comunidad.
3. Brindarles tutorías acerca de la depresión a los docentes para que de esta manera estén capacitados y así puedan reconocer un estudiante con sintomatología depresiva, y ser enviado a recibir un tratamiento de especialidad.
4. Evaluar los factores protectores y de riesgo, individuales, biológicos y sociales, para la presencia de depresión en los adolescentes, desde la dinámica familiar y el entorno de su institución educativa.
5. Al Departamento de Consejería Estudiantil, promover metas educativas guiando al adolescente al alcance de su potencial contribuyendo a su desarrollo físico, psíquico y afectivo.



## **XI. REFERENCIAS**

1. Vallejo B. Pérez, A. Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo. *Anales de Psicología* 2015;31 (2), 462-271
2. Ortiz E, Méndez L, Camargo J, Chavarro S, Toro G, Vernaza M. Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psicología: avances de la disciplina*, 2014;8(1), 77-83.
3. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: depresión. Organización Mundial de la Salud. La Organización del Trabajo y el Estrés. Perú. 2017:3-6.
4. Dos Santos J, Béria U, Alonso E. Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva. 2015;28(8):543-549.
5. Cedeño I. Factores que inciden en la ansiedad y depresión en adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscal Luis Vargas Torres de la Ciudad de Esmeraldas. Ecuador, 2017:4-10.
6. Sánchez F, Sánchez G. depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas secundaria de menores San Juan Bautista 2016:23-28.
7. Chó B, García M, Pivaral S. Depresión y ansiedad en adolescentes” Estudio transversal realizado en los institutos de educación básica y diversificada de los municipios de: Cuilapa, Barberena y Nueva Santa Rosa del departamento de Santa Rosa. Guatemala, 2017:32-36.
9. Totan T, Doğan T, Sapmaz F. Emotional self-efficacy, emotional empathy and emotional approach coping as sources of happiness. *Cypriot Journal Educational Sciences*, 2013;8(2), 247-256.
10. Instituto Nacional de Salud Mental. “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima y Callao. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2012; XXVIX (1): 1-397.
11. Nájera C. Violencia de género en el contexto de pareja y su relación con la autoestima en el centro de desarrollo Integral de la familia, Arandas-México, Arandas, Universidad Peruana Unión, 2013:12-16.

12. Alberdi-Sudupe, A. Fernández-Díaz, F. Iglesias-Gil-de-Bernabé. Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General. *Galicia Clin* 2013; 74 (4): 161-174.
13. Gómez-Pardiñas MS. Interconsulta Psiquiátrica en un Hospital General. Intentos de Suicidio y factores relacionados (1997-2007). (Tesis Doctoral) A Coruña: Universidad A Coruña. 2013:2-5.
14. Levenson JL. Psychosomatic medicine: future tasks and priorities for the new psychiatric subspecialty. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013 Dec; 29(4):301-302
15. Rojas H. Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Regional de Occidente, Guatemala, año 2010. Tesis de post-grado, 2011:23-25.
16. Barrios J, Rodríguez F, Pérez I. Nivel de depresión en pacientes de consulta externa en el Hospital Belén de Trujillo en Consultorios Externos. Perú 2016. Tesis de pos-grado, Tesis de post-grado, 2017:19-23.
17. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2013:12-15.
18. Palomo, Tomás; Jiménez-Arriero, Miguel Ángel. "Manual de Psiquiatría". Madrid, Ene Life Publicidad S.E. y Editores 2014:9-12.
19. Iglesias B, Alberdi J, García J. Marco de Gestión Clínica de una Unidad Psiquiátrica Hospitalaria de Interconsulta y Enlace, 2012;11(2=:35-38.
20. Cantero TE, Ramírez PJ, factores psicosociales y depresión laboral: una revisión, *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc.* 2009;47 (6): 627-636.
21. Andrade PP, Betancourt OD, 12. Vallejo CA, Segura CB, Rojas RM. Prácticas parenterales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental* 2012; 3:29- 36.
22. Villas FR, De la Peña OF, Nogales I. tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Salud Mental* 2011;34:403-407.
23. Cova S, Rincón G, Valdipia P, Melipillon A. prevalencia de trastornos depresivos e impedimento asociado en adolescentes del sexo femenino. *Rev Chil Pediatr* 2014;79(6): 607-613.
24. Scale with the Proprietary Beck Depression Inventory-II in Barbados. *West Indian Med J* 2012; 61(5):483-488.

25. La depresión una crisis global, organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva 9 octubre 2012 disponible: [http://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_recuperado](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_recuperado) 23 mayo 2013 24.
26. Wagner F, González C, Sánchez S, García C, Gallo J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. 2012;35 (1):3-11.
27. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Rev. Salud Publica Mex 2013;55:74-80
28. Pereyra R, Ocampo J Silva V, Vélez E Costa D, et al. Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú 2010. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2010;27(4):520-526.
29. Lezama S. Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. Rev Psychol Colombia, 2012;6(1) : 91-101.
30. Zavala M, Bautista J, Quevedo E. Depresión en mujeres con perimenopausia de una comunidad rural de Huimanguillo, Tabasco, México. Archivos de Medicina (internet); 2009 disponible en: <http://www.archivosdemedicina>.
31. Plata-Guarneros M, Flores-Cabrera L, Curiel-Hernández O, Juárez Ocaña JR, Rosas-Barrientos JV. Depresión y ansiedad en la residencia médica. Rev Esp Med Quir. 2011; 16 (3): 157-162.
32. Mariños O. Coexistencia de síndrome de burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. Rev Med Hered. 2011; 22 (4): 162-168.
33. Goldberg D, Kendler KS, Sirovatka PJ. Temas de investigación DSM-V de la American Psychiatric Association. Depresión y trastorno de ansiedad generalizada. Ed. Panamericana; 2011: Código CIE 10 F06.32.
34. López JF, Aguirre-Hernández R. Prevalencia de ansiedad y depresión en médicos residentes de especialidades médicas. Revista Fuente. 2011; 3: 3-7.
35. David G. Psiquiatría clínica. México, D.F., Mcgraw-Hill Interamericana, 2010:64-85

36. Ey H. Tratado de psiquiatría. 8ª ed., Barcelona, Masson Editora, 2012: 45-60.
37. González M. Manual de terapéutica. 14a ed., Colombia, Editora Panamericana, 2011:547-554.
38. Groer MG, Morgan K. Trastornos Inmunológicos y Endocrinológicos Asociados con la Depresión Posparto. 24. Psychoneuroendocrinology, 2014;32(2):33-139.
39. Harrison, TR. Principio de medicina interna. 14va. ed., Madrid, McgrawHill Interamericana, 2014:641-647.
40. López J. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, S.A., 2012:413-415.
41. Sadock B, Sadock J, Sadock V. Manual de bolsillo de Psiquiatría Clínica. 4 a ed. Philadelphia USA: Wolters Kluwer; 2015:129-149
42. Constantino A, Bocanegra M, Jiménez F. Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo. Rev Med Hered. 2014; 25:196-203.
43. Ante P. Autoestima y Dependencia Emocional en los Estudiantes de los Primeros semestres de la Universidad Técnica de Cotopaxi. Ambato, Tungurahua, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. 2017:15-20
44. Caballero D. Aplicación de un programa de psicoterapia basado en un modelo cognitivo conductual a estudiantes con problemas de autoestima de primer año de bachillerato de instituto nacional de Santa Elena, Municipio de Santa Elena departamento de Usulután, San Miguel El Salvador, Centro América. 2012:1-7.
45. Escorcia I, Pérez O. Autoestima, adolescencia y pedagogía. Revista electrónica educare, 2015;19 (1), 241 -256
46. Hernández Y. Relación entre la Autoestima y el clima social familiar en un grupo de madres de niños y niñas que residen en zonas de alto riesgo de un distrito de la provincia de Cañete, Perú. 2015:1-6.

47. Labrador F, Fernández M. Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2014;6(3), 527-547
48. Nájera C. Violencia de género en el contexto de pareja y su relación con la autoestima en el centro de desarrollo Integral de la familia, Arandas-México, Arandas, Universidad Peruana Unión, 2013:12-16.
49. Reyes C. Relación de violencia familiar y nivel de autoestima en estudiantes del tercer ciclo de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Ica, Perú, 2016:23-26.
50. Saavedra B. Autoestima en mujeres adolescentes institucionalizados de 14-18 años de edad”, Tesis presentada a la U.C.B La Paz – Bolivia. 2014:27-30.
51. Astudillo Sarmiento, Mónica Alexandra, Inga Bravo & Andrés Esteban (2016), “Frecuencia de ansiedad y depresión en niñas y adolescentes de la casa de acogida "Miguel León" del Cantón Cuenca-Ecuador” Obtenido: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25503/1/TESIS.pdf>
52. Zapata J, Figueroa M. Méndez N, Miranda V. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Medicina del Hospital Infantil México*; 2015:295-301.



### Consentimiento informado

Yo \_\_\_\_\_ Acepto participar voluntariamente en esta Investigación titulada "Prevalencia de depresión en adolescentes del Liceo Secundario Juan Pablo Duarte entre enero-marzo, 2020, la cual será realizada por la Dra. Rosa Amelia Celedonio. He sido informado(a) del propósito del mismo, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Costos y recursos

| Humanos                           |              |            |               |
|-----------------------------------|--------------|------------|---------------|
| Una sustentante                   |              |            |               |
| Dos asesora                       |              |            |               |
| Digitadores                       |              |            |               |
| Equipos y materiales              | Cantidad     | Precio D\$ | Total RD\$    |
| Papel bond 20 (8 ½ x 11)          | 4 resma      | 160.00     | 640.00        |
| Paper Graphics-gray 28 (8 ½ x 11) | 2 resma      | 300.00     | 600.00        |
|                                   | 4 unidades   | 5.00       | 20.00         |
| Lápices                           | 2 unidades   | 10.00      | 20.00         |
| Borras                            | 2 unidades   | 10.00      | 20.00         |
| Bolígrafos                        | 2 unidades   | 10.00      | 20.00         |
| Sacapuntas                        | 1 unidad     | 15.00      | 15.00         |
| CD                                | 2 unidades   | 50.00      | 100.00        |
| Información                       |              |            |               |
| Económicos                        |              |            |               |
| Papelería (copias)                | 2000 copias  | 3.00       | 6000.00       |
| Encuadernación                    | 4 unidades   | 200.00     | 800.00        |
| Transporte                        | 50 pasajes x | 25.00 c/u  | 1250.00       |
| Pago de tesis                     | 4            | 30000.00   | 12000.00      |
| Tarjetas de llamada               | 5 unidades   | 100.00     | 500.00        |
| Total                             |              |            | RD\$21,985.00 |



Instrumento de recolección de datos

Prevalencia de depresión en adolescentes del Liceo Secundario Juan Pablo Duarte entre

1. Prevalencia de depresión

Sí \_\_\_\_\_ Cantidad de adolescente

No \_\_\_\_\_ Cantidad de adolescente

2. Depresión

Sin depresión \_\_\_\_\_ Leve \_\_\_\_\_ Moderada \_\_\_\_\_ Severa \_\_\_\_\_

3 Edad \_\_\_\_\_ años

4. Sexo

Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

5. Escolaridad

Primero \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_ Tercero \_\_\_\_\_ Cuarto \_\_\_\_\_ Quinto \_\_\_\_\_ Sexto \_\_\_\_\_

6. Religión

Católica \_\_\_\_\_ Evangélica \_\_\_\_\_ Testigo de Jehová \_\_\_\_\_ Mormona \_\_\_\_\_

Otra \_\_\_\_\_ Ninguna \_\_\_\_\_

7. Tipos de familia

Familia nuclear \_\_\_\_\_ Familia monoparental \_\_\_\_\_ Familia extendida \_\_\_\_\_

8. Inventario de depresión de Beck

Escala de Beck para depresión

1) Tristeza

No me siento triste.

Me siento triste.

Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.

Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2) Pesimismo

No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.

Me siento desanimado con respecto al futuro.

Siento que no puedo esperar nada del futuro.

Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3) Fracaso

No me siento fracasado.

Siento que he fracasado más que la persona normal.

Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.

Siento que como persona soy un fracaso completo.

4) Pérdida de placer

Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.  
No disfruto de las cosas como solía hacerlo.  
Ya nada me satisface realmente.  
Todo me aburre o me desagrada.

5) Sentimiento de culpa

No siento ninguna culpa particular.  
Me siento culpable buena parte del tiempo.  
Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.  
Me siento culpable todo el tiempo.

6) Sentimiento de castigo

No siento que esté siendo castigado.  
Siento que puedo estar siendo castigado.  
Espero ser castigado.  
Siento que estoy siendo castigado.

7) Disconformidad con uno mismo

No me siento decepcionado en mí mismo.  
Estoy decepcionado conmigo.  
Estoy harto de mí mismo.  
Me odio a mí mismo.

8) Autocrítica

No me siento peor que otros.  
Me critico por mis debilidades o errores.  
Me culpo todo el tiempo por mis faltas.  
Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9) Pensamientos o deseos suicidas

No tengo ninguna idea de matarme.  
Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.  
Me gustaría matarme.  
Me mataría si tuviera la oportunidad.

10) Llanto

No lloro más de lo habitual.  
Lloro más que antes.  
Ahora lloro todo el tiempo.  
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11) Irritabilidad

No me irrito más ahora que antes.  
Me enoja o irrito más fácilmente ahora que antes.  
Me siento irritado todo el tiempo.  
No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12) Pérdida de interés

No he perdido interés en otras personas.

Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.

He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.

He perdido todo interés en los demás.

13) Indecisión

Tomo decisiones como siempre.

Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.

Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.

Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14) Desvaloración

No creo que me vea peor que antes.

Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).

Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).

Creo que me veo horrible.

15) Pérdida de energía

Puedo trabajar tan bien como antes.

Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.

Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.

No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16) Cambio de los hábitos de sueño

Puedo dormir tan bien como antes.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.

Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17) Agitación

No me canso más de lo habitual.

Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.

Me canso al hacer cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18) Cambio en el apetito

Mi apetito no ha variado.

Mi apetito no es tan bueno como antes.

Mi apetito es mucho peor que antes.

Ya no tengo nada de apetito.

19) Pérdida de peso

Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.

He perdido más de 2 kilos.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 6 kilos.

20) Concentración

No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.

Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.

Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21) Pérdida de interés por el sexo

No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.

Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.

Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.

He perdido por completo mi interés por el sexo.

**EVALUACION:**

**Sustentante**

---

**Dra. Rosa Amelia Celedonio Encarnación**

**Asesores**

---

**Lic. Gladis García Contrera**  
**Asesor Clínico**

---

**Dra. Claridania Rodríguez Berroa**  
**Asesor Metodológico**

**Jurados**

---

---

**Autoridades**

---

**Dra. Gladis Soto de los Santos**  
**Coordinadora Residencia**  
**Medicina Familiar**

---

**Dra. Glendis Ozuna Feliciano**  
**Jefe del Consejo de Enseñanza**  
**e Investigaciones**

---

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

**Presentación:** \_\_\_\_\_

**Evaluación:** \_\_\_\_\_