

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
Escuela Profesional de Psicología



*Una Institución Adventista*

**TESIS**

Depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad  
Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca-2016

Tesis presentada para optar el título profesional de Psicóloga

**Por:**

**Bach.** Denyi Sughey López Dávalos

**Asesor:**

**Psic.** Santos Armandina Farceque Huancas

Juliaca, 2016

Depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer  
año de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana  
Unión Filial Juliaca-2016

# TESIS

Presentada para optar el título profesional de Psicóloga

## JURADO CALIFICADOR

---

Psic. Kelly Mirtha Ricaldi Huaman

**PRESIDENTA**

---

Mg. German Mamani Cachicatari

**SECRETARIO**

---

Psic. Oscar Javier Mamani Benito

**VOCAL**

---

Psic. Helen Sara Flores Mamani

**VOCAL**

---

Psic. Santos Armandina Farceque Huancas

**ASESORA**

### **Dedicatoria:**

La presente tesis está dedicada especialmente a Dios, ya que sin su ayuda no hubiera logrado culminar mis estudios universitarios, a mis padres, por saber alentarme en cada desánimo, con sus consejos sabios para hacer de mí una mejor persona, finalmente a mi hija quien a su corta edad me ha enseñado muchas cosas de esta vida, por ser mi principal motivación para llegar a mis metas.

## **Agradecimiento**

En primer lugar agradezco a Dios por las oportunidades incansables que me da, por todo su amparo y fortaleza que me brinda cada día, por la fuerza, sabiduría e inspiración que proporciona en mí, lo que hace que sea una buena profesional y mejor ser humana.

A mis padres, Saulo López Villanueva y Elena Dávalos Ybañez, por su apoyo y amor incondicional a pesar de las falencias que uno tiene, ya que fueron pilares de mi educación y me dieron el valor para salir adelante con esta meta propuesta.

A los hermanos, Edgar Pilco y Jackeline Tintaya, quienes fueron fuente de motivación para realizar esta meta, por su apoyo y comprensión en cada etapa de este año.

A Jhampol Pilco Tintaya quien con su forma de ver las cosas me ayudaba a querer continuar con este proceso de tesis, por sus cuidados y comprensión en momentos de debilidad física y emocional día a día, gracias por todo ello.

De manera muy especial a mi bebé quien es mi motor y motivo e inspirador para continuar, a pesar que aún no estés en mis brazos, me alegrabas día a día con tus movimientos tan hermosas, esas pataditas para mí eran un sigue adelante, no te rindas. Este proyecto será triunfo de dos.

Agradezco también a mi asesora de tesis, Psic. Santos Armandina Farceque H. por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así también por haberme tenido paciencia para guiarme todo el desarrollo de la tesis.

A todas aquellas personas, profesores, compañeros y amigos que de una u otra tuvieron la gentileza de colaborar y participar en la realización de esta investigación y cumplir con esta meta trazada.

## Tabla de contenido

Dedicatoria: .....	i
Agradecimiento .....	ii
Índice de Tablas.....	vi
Abreviaturas.....	viii
Resumen .....	ix
Abstrac.....	x
Introducción.....	1
CAPITULO I.....	3
EL PROBLEMA .....	3
1.1 Descripción de la situación problemática.....	3
1.2 Formulación del problema:.....	6
1.2.1 Problemas específicos.....	6
1.3 Objetivos.....	7
1.3.1 Objetivo general. ....	7
1.3.2 Objetivos específicos.....	7
1.4 Justificación .....	8
CAPITULO II.....	11
MARCO TEÓRICO .....	11
2.1 Antecedentes de investigación.....	11
2.2 Marco Bíblico Filosófico.....	15
2.3 Marco conceptual. ....	18
2.3.1 Definición de depresión.....	18
2.3.2 Clasificación de la depresión.....	20
2.3.3 Indicadores de la depresión .....	24
2.3.4 Causas de la depresión.....	25
2.3.5 Depresión en adolescentes.....	33
2.3.6 Género y sexo:.....	36
2.3.7 Tratamiento: .....	37
2.4 Definición de Términos.....	39
CAPITULO III .....	41

MATERIALES Y METODOS.....	41
3.1 Tipo y diseño. ....	41
3.2 Hipótesis de la investigación. ....	42
3.2.1 Hipótesis general: .....	42
3.2.2. Hipótesis específicas: .....	42
3.3 Operacionalización de variable. ....	43
3.4 Delimitación geográfica y temporal. ....	45
3.5 Población y muestra. ....	45
3.5.1 Población: .....	45
3.6 Instrumento de recolección de datos. ....	45
3.6.1 Propiedades Psicométricas de la prueba.....	46
3.7 Procedimiento.....	48
3.8 Análisis de datos.....	48
CAPITULO IV .....	49
4.1 Presentación de resultados.....	49
4.2 En relación a la hipótesis general .....	49
4.2.1 Nivel de depresión que presentan los estudiantes del primer año. ....	49
4.2.2 Prueba de hipótesis de comparaciones de medias para depresión.....	50
4.3 En relación a la primera hipótesis específica.....	53
4.3.1 Nivel de depresión en el área afectiva.....	53
4.3.2 Prueba de hipótesis de comparaciones de medias para el área afectiva .....	53
4.4 En relación a la segunda Hipótesis específica.....	56
4.4.1 Nivel de depresión en el área motivacional.....	56
4.4.2 Prueba de hipótesis de comparación de medias para el área motivacional .....	56
4.5 En relación a la tercera hipótesis específica. ....	59
4.5.1 Nivel de depresión en el área cognitiva.....	59
4.5.2 Prueba de hipótesis de pruebas no paramétricas para el área cognitiva .....	59
4.6 En relación a la cuarta hipótesis específica .....	60
4.6.1 Nivel de depresión en el área conductual .....	60
4.6.2 Prueba de hipótesis de pruebas no paramétricas para el área conductual .....	61
4.7 En relación a la quinta hipótesis específica.....	62

4.7.1 Nivel de depresión en el área física .....	62
4.7.1 Prueba de hipótesis de comparaciones de medias para el área física .....	62
4. 8 Análisis e interpretación (o discusión) de los resultados.....	65
CAPITULO V .....	69
5.1 Conclusiones y Recomendaciones.....	69
5.2 Recomendaciones .....	70
Referencias .....	72
ANEXOS .....	81

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> <i>Operacionalización de la variable depresión, Inventario de Depresión de Beck.....</i>	44
<b>Tabla 2</b> <i>Baremos de la variable depresión .....</i>	46
<b>Tabla 3</b> <i>Nivel de depresión que presentan los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultada Ciencias de la Salud-2016.....</i>	50
<b>Tabla 4</b> <i>Estadísticos de grupo para el nivel de depresión que presentan los estudiantes del primer año de la facultad Ciencias de la Salud. ....</i>	51
<b>Tabla 5</b> <i>Prueba de hipótesis General para muestras independientes. ....</i>	52
<b>Tabla 6</b> <i>Nivel de depresión en el área Afectiva que presentan los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultada ciencias de la Salud-2016.....</i>	53
<b>Tabla 7</b> <i>Estadísticos de grupo para nivel de depresión en el área afectiva que presentan los estudiantes del primer año. ....</i>	54
<b>Tabla 8</b> <i>Prueba de hipótesis de muestras independientes para nivel de depresión en área afectiva .....</i>	55
<b>Tabla 9</b> <i>Nivel de depresión en el área motivacional que presentan los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultada Ciencias de la Salud-2016 .....</i>	56
<b>Tabla 10</b> <i>Estadísticos de grupo para nivel de depresión en el área motivacional que presentan los estudiantes del primer año.....</i>	57
<b>Tabla 11</b> <i>Prueba de hipótesis de muestras independientes para nivel de depresión en área motivacional. ....</i>	58
<b>Tabla 12</b> <i>Nivel de depresión en el área Cognitiva que presentan los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultada Ciencias de la Salud-2016 .....</i>	59
<b>Tabla 13</b> <i>Prueba de hipótesis mediante la prueba U de Mann- Whitney para muestras independientes para nivel de depresión en área cognitiva .....</i>	60



<b>Tabla 14</b> Nivel de depresión en el área Conductual que presentan los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad ciencias de la Salud-2016 .....	61
<b>Tabla 15</b> Prueba de hipótesis mediante la prueba U de Mann- Whitney para muestras independientes para nivel de depresión en área Conductual.....	61
<b>Tabla 16</b> Nivel de depresión en el área física que presentan los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad ciencias de la Salud-2016. ....	62
<b>Tabla 17</b> Estadísticos de grupo para nivel de depresión en el área conductual que presentan los estudiantes del primer año.....	63
<b>Tabla 18</b> Prueba de hipótesis de muestras independientes para nivel de depresión en área Física. ....	64

## **Abreviaturas**

APA: Asociación Psiquiátrica Americana

DSM: Manual de diagnóstico de trastornos mentales

INSM: Instituto Nacional de Salud Mental

INSN: Instituto Nacional de la Salud del Niño

NIH: National Institute of Mental Health

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

## Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo determinar si hay diferencia en el nivel de Depresión entre estudiantes varones y estudiantes mujeres, de la misma manera, ver las diferencias en el tipo de síntomas que presentan cada género, en un grupo de adolescentes universitarios, pertenecientes al primer año de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, en el distrito Juliaca. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck en un grupo de 116 estudiantes matriculados, 29 varones y 87 mujeres, entre 16 y 19 años. La metodología utilizada fue un diseño no experimental transeccional, de tipo descriptivo comparativo. Los resultados evidencian presencia de depresión en mujeres con un 47% en el nivel de depresión leve, a diferencia de los varones que presentan mayor porcentaje en el nivel de, no hay depresión con un 51%. Son pocos los estudiantes que presentan un nivel de depresión severa, 3,4% varones y 6,9% mujeres. Así también se ve diferencias en cuanto al tipo de síntomas de la depresión en cada género, a excepción de las manifestaciones del tipo de síntoma motivacional, que no muestra diferencia alguna. Así se concluye que a un nivel de significancia del 5% las estudiantes mujeres del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud evidencian mayor nivel de depresión en comparación con los estudiantes varones del primer año de la misma Facultad de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca – 2016, aceptando la hipótesis de investigación.

**Palabras Claves:** depresión, adolescente, sexo

## **Abstrac**

This study aimed to determine if there is a difference in the level of Depression among male students and female students, in the same way, to see the differences in the type of symptoms presented by each gender in a group of university adolescents, belonging to the first year Of the Faculty of Health Sciences of Universidad Peruana Unión, in the Juliaca district. The Beck Depression Inventory was applied to a group of 116 enrolled students, 29 males and 87 females, between 16 and 19 years old. The methodology used was a non-experimental transectional design, of comparative descriptive type. The results evidenced the presence of depression in women with 47% in the level of mild depression, unlike the men with the highest percentage in the level of, there is no depression with 51%. Few students have a level of severe depression, 3.4% men and 6.9% women. Differences in the type of symptoms of depression in each genus are also observed, except for the manifestations of the type of motivational symptom, which shows no difference. Thus, it is concluded that at a level of significance of 5%, female students in the first year of the Faculty of Health Sciences show a higher level of depression compared to the male students of the first year of the same Faculty of the Universidad Peruana Unión Filial Juliaca - 2016, accepting the research hypothesis.

**Key Words:** depression, adolescence, sex.

## **Introducción**

Debido a la cantidad de adolescentes que sufren depresión y ser muy vulnerables a ellas, es que decidí abordar este tema, ya que en nuestro país la salud mental y física debería de ser muy tratada en la educación universitaria, para así tener mejor calidad de vida.

La depresión es un sentimiento de tristeza intensa que puede producirse por un evento desagradable o cualquier otro acontecimiento, cuya característica principal es la alteración del humor, está también acompañada de las alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, especialmente en las mañanas, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse.

En nuestra sociedad actual, la depresión constituye un problema de salud pública, mal que tiene gran incremento a nivel global, la OMS (2007) menciona que en un futuro la depresión será la segunda incapacidad del mundo. Afirmo también que la principal causa de enfermedad y discapacidad entre adolescentes es la depresión (OMS, 2014).

En Perú este mal ha venido afectando específicamente a los adolescentes de 10 a 18 años, siendo el segundo lugar de casos atendidos de 9 mil atenciones al año menciona (INSN ,2014). 21% de menores en el país sufre de depresión, de ellos un 28% son escolares de 12 y 17 años y buena cantidad tienen ideas suicidas (Macher; citado en Carrillo, 2008).

Este trabajo no solo dará a conocer si existe diferencia en el nivel de depresión y en sus tipos de síntomas en las estudiantes mujeres y estudiantes varones de la Facultad Ciencias de la Salud, si no también pretende ampliar la información de dicha población, además contribuir con la investigación realizada, tal como puede apreciarse en este material.

Esta investigación consta de cinco capítulos orgánicamente sintetizados, en el capítulo I veremos el problema de investigación, en el sentido de formular la pregunta y objetivos. Así

mismo se plantea lo correspondiente a la importancia de realizar la investigación, la justificación y viabilidad del tema tratado.

En el capítulo II se desarrolla lo correspondiente al marco teórico, haciendo el recuerdo de las principales investigaciones relacionadas con la presente investigación, tanto a nivel internacional, nacional y regional, así como el marco bíblico filosófico, luego se presenta el marco conceptual.

En el capítulo III se presenta la metodología utilizada para la investigación, determinando el tipo y el diseño de la investigación; así mismo se presenta la hipótesis, la Operacionalización de la variable, la delimitación geográfica y temporal, la población y muestra definida, describiendo e interpretando las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

En el capítulo IV se da a conocer los resultados de la investigación y las discusiones de los resultados obtenidos.

En el capítulo V se presenta las conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones.

Finalmente, se encuentran las referencias bibliográficas que fueron utilizadas a lo largo de la investigación; así también los anexos de la presente investigación. Queremos finalizar diciendo, que este estudio fue todo un reto en lo personal y nos permitió acceder a experiencias sumamente enriquecedoras y gratificantes.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción de la situación problemática.**

La depresión es un tema que se conoce desde hace muchos años atrás, en sus inicios se le conocía como melancolía, médicos en la antigüedad hablaban de ello, sin embargo fue Hipócrates quien dio origen al término. De la misma manera los síntomas de la depresión también son presentes en la actualidad, aunque muchos lo ven como un problema común, no deja de ser muy visto en los últimos tiempos. La (Organización Panamericana de la salud [OPS], 2012) afirma que la depresión no respeta edad, grupo étnico, estado socioeconómico o género, puede afectar en cualquier etapa de su vida, al no ser atendida e intervenida psicológicamente lo lleva como consecuencia final al suicidio.

Según la (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014) afirma que la principal causa de enfermedad y discapacidad entre adolescentes es la depresión presentándose tanto en hombres como en mujeres y se da con mayor frecuencia entre los 10 a los 19 años, por esta razón pide que se presente mayor atención en los adolescentes, ya que fue una de las tres principales causas de mortalidad en el 2012, teniendo una estima de 1,3 millones de adolescentes fallecidos.

Por otra parte se menciona que la afección de la depresión es más frecuente en las mujeres, así sea una enfermedad tratable, seis de cada diez la padecen en América latina y el caribe.

Además la depresión afecta también en el ambiente familiar y comunitario (OMS, 2012; OPS, 2012).

Este problema cobra mayor impacto cuando la OMS (2007) habla de ello en un futuro, afirmando que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo y la primera causa de discapacidad tras las enfermedades cardiovasculares. Una de cada cinco personas tiene riesgo de sufrir un episodio depresivo a lo largo de su vida. Después de aplicar una encuesta a más de 1.500 médicos y psiquiatras de atención primaria, se vio reflejado que son las mujeres quienes padecen más depresiones leves o moderadas y de forma más frecuente, mientras que en los hombres prevalecen las depresiones de tipo grave o melancólico, lo que pone a este trastorno anímico en un lugar de mayor significancia y más aún cuando las consecuencias se evidencian en la vida personal de muchas personas a nivel personal, social, hasta profesional.

Este problema También viene afectando en nuestro país, pues según el (Instituto Nacional de Salud del Niño [INSN], 2014) revela que la depresión está atacando especialmente a adolescentes de 10 a 18 años, volviéndose la segunda causa de atención en dicha institución. La jefa de este departamento indicó que se realizan 9 mil atenciones al año y la depresión está en segundo lugar de casos atendidos, advirtió también tener control sobre los síntomas de las personas que la padecen para evitar el suicidio, recalcando finalmente que prestemos atención a los adolescentes ya que son más vulnerables a la depresión.

La depresión será un tema muy conocido y básico, pero no deja de ser de suma importancia en estos tiempos y más aún en un futuro. Esta afección ataca a todas las edades, adultos, jóvenes, adolescentes y niños. Director del Hospital Honorio delgado-Hideyo Noguchi indica que más del 21% de menores en el país sufre de depresión, en donde 28 % de escolares entre 12 y 17 años y de ellos una buena cantidad tiene ideas suicidas, 1 de cada 33



niños y uno década 8 adolescentes sufren de depresión en el mundo (Macher; citado en Carrillo, 2008).

De la misma manera encontramos que la depresión no es evitable en nuestra región, según informe del área de la Estrategia de y Cultura de Paz de la dirección lacustre de puno, menciona que la esta región registra 556 personas con intentos de suicidios, esto se debió a problemas familiares, sentimentales, depresión, falta de oportunidad de labores, etc., 95% de tentativas de autoeliminación aproximadamente, se debió a causa de una depresión (Fernandez, 2013).

Finalmente vemos que en la Universidad es común observar jóvenes con diferentes tipos de problemas, muchas veces estos problemas los llevan a tomar decisiones equivocadas; como dejar de estudiar, adicciones, desarreglo personal, alejamiento social etc., al observar los reportes de tutoría universitaria y el CAFPs de la Facultad Ciencias de la Salud, encontramos que un 34,89% son personas atendidas en el eje emocional, la mayoría de ellas pertenecen al primer año, siendo un total de 69 atenciones por el Psicólogo de la Facultad y CAFPs, lo cual corresponde a un 15% de la población general de atendidos, encontrando problemas como: alejamiento social, dificultad en los estudios, desánimo, dolor por enamoramiento, inseguridad, lo cual puede conllevar a una depresión.

En los últimos años se observa que la depresión causa impacto tanto a nivel mundial, Latinoamérica, nacional y regional. Esta discapacidad puede afectarnos en cualquier etapa de nuestra larga vida; sin embargo se observa que en los adolescentes se presenta con mayor frecuencia ya que son seres vulnerables debido a la etapa de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos. La misma que afecta, incapacita y hace sufrir, tanto a hombres como a mujeres; Sin embargo la manera de vivirla y manifestarla puede ser diferente para ambos sexos. Por esta razón es que se plantea el siguiente problema

## **1.2 Formulación del problema:**

- ¿Existe diferencia en el nivel de depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca- 2016?

### **1.2.1 Problemas específicos.**

- ¿Existe diferencia en el nivel afectivo de depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca- 2016?
- ¿Existe diferencia en el nivel motivacional de depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca- 2016?
- ¿Existe diferencia en el nivel Cognitivo de depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca- 2016?
- ¿Existe diferencia en el nivel Conductual de depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca- 2016?
- ¿Existe diferencia en el nivel Físico de depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca- 2016?

### **1.3 Objetivos.**

#### **1.3.1 Objetivo general.**

- Determinar la diferencia en el nivel de depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca- 2016

#### **1.3.2 Objetivos específicos.**

- Determinar la diferencia en el nivel afectivo de depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca- 2016.
- Determinar en el nivel motivacional de depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca- 2016.
- Determinar la diferencia en el nivel Cognitivo de en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca- 2016.
- Determinar la a diferencia en el nivel Conductual de depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca- 2016.
- Determinar la diferencia en el nivel Físico de depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca- 2016.

#### **1.4 Justificación**

De acuerdo con lo mencionado, se da inicio a este trabajo de investigación por el impacto de repercusiones que la depresión trae consigo en los adolescentes, tal estudio podría ser una pieza representativa fundamental tanto a nivel de prevención como intervención, debido a que nos permite identificar a los adolescentes casos, que por más que presenten una depresión leve, son señales de alarma para los profesionales que están en contacto con ellos, de la misma manera nos es útil los diagnósticos, ya que permite tomar diferente tipo de acciones para esta problemática.

La depresión ha venido acompañando al hombre a lo largo de su historia, como una respuesta ante diferentes presiones que se desarrolla durante la vida, y la vulnerabilidad de presentar episodios depresivos con mayor frecuencia es en los adolescentes, ya que es la misma etapa en donde se pasa por procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo. Los cambios de la etapa del adolescente lo lleva a desarrollar estrategias de afrontamiento para establecer su sentido de identidad, independencia, éxito personal y social, es decir que si el adolescente no llega a desarrollar sus estrategias de afrontamiento de forma ideal, lo lleva a una probable depresión (Blum; citado en Pardo, Sandobal y Umbarila, 2004). Además la primera experiencia de estar en una universidad, hace que manifiesten algunas condiciones de riesgo, lo que lo lleva a un desajuste en su salud mental, ellos se ven vulnerables a diversidad de cambios de ánimo, debido a que en esta etapa de su vida llegan a enfrentarse a nuevos contextos sociales, el cual lleva a tener comportamientos diferentes para que finalmente se adapten a su entorno (Londoño, García, Valencia, & Vinanccia, 2005). Aportando a lo mencionado, Newman y Newman (citado en Díaz, 2012) afirma que por el hecho de perfilar su horizonte de vida y definir bien sus intereses es que los adolescentes están propensos a los trastorno de estados de ánimo.

A demás, cuando uno decide estudiar una carrera de salud se somete a una exigencia académica elevada (Perales, Sogi y Morales, 2003). Estudios explican que la mayor exigencia académica está ligada con mayores niveles de estrés. Artículo menciona que, estudiantes de las carreras como medicina, odontología, enfermería y psicología, todas ellas relacionadas con la salud, muestran 36.3% de nivel elevado de prevalencia de estrés académico, lo cual hace que investigadores se sentren especialmente en estudiantes de la salud, evaluando su sintomatología ansiosa y especialmente depresion, esta exigencia académica, falta de apoyo familiar y experimentar la presión de los docentes, hace que puedan desarrolloran una depresión en estudiantes de ciencias de la salud (Cova et al., 2007).

Así mismo, es indispensable conocer si existen diferencias de género con respecto al tipo de síntomas de la depresión que presentan los adolescentes, debido a que este otro elemento será de suma importancia para el diseño de programas de promoción e intervención y así tener una mejor calidad de vida. En un trabajo realizado se observa diversas explicaciones sobre las diferencias de género en la depresión, la mayoría de los investigadores llegan a la conclusión que las mujeres tienen más prevalencia en la depresión, esta diferencia es explicada por los factores biológicos, genéticos y hormonales. Así también se ve que las mujeres están más expuestas a mayor cantidad de estresores psicosociales, es por eso que son vulnerables al efecto depresogénico (Vázquez A. , 2013). Sin embargo otros investigadores demuestran que, las diferencias de la depresión en cuanto a género no son reales, porque son las mujeres quienes sobre informan sus síntomas, mientras que un varón no reportan sus síntomas (Gaviria & Silvia, 2009). Así lo confirma Boggiano y Barret (1991) que la mujer tiende a informar más molestias o eventos negativos en comparación con el los hombres. Cabe resaltar y decir que los nivel altos de masculinidad están asociadas con menos experiencias depresivas, al igual que niveles altos de feminidad se relaciona con más depresión, es decir si una mujer

tiene nivel alto de masculinidad su manifestación de depresión será como la de un varón y viceversa en cuanto a un varón con nivel alto de feminidad (Sanfilipo, Masculinity, femininity, and subjective Experience of Depresión., 2006).

Al hablar de adolescentes, hablamos de edades que oscila entre los 11 años y 19 años, el cual considera dos fases; adolescencia temprana de los 11 a los 14 años y la adolescencia tardía de los 15 a 19 años, según la (OMS). Considerando que en nuestro país ataca la depresión, en una población de adolescentes y más aún en nuestra región Puno registra muchos intentos suicidas, la mayoría de ellas a causa de la depresión, así mismo por la vulnerabilidad de depresión en la adolescencia, mal que es más frecuente en mujeres, por la presencia de exigencia académica en estudiantes de la Salud y la exposición a nuevas experiencias que uno tiene que enfrentar al iniciar una carrera y así definir su horizonte de vida y al observar los reportes de tutoría universitaria y CAFPs de la Facultad Ciencias de la Salud, donde vemos un 34,89% de personas atendidas todas en el eje emocional, la mayoría de ellas pertenecen al primer año, encontrando problemas como: alejamiento social, dificultad en los estudios, desánimo, dolor por enamoramiento, inseguridad, lo cual puede conllevar a una depresión y al no encontrar estudios de esta índole es que se inició esta investigación, lo cual nos llevó a la población de estudiantes adolescentes de la Facultad Ciencias de la Salud y así dejar una base de datos, con el fin de un control de depresión para ambos sexos y una pronta prevención, promoción e intervención.

## **CAPITULO II.**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes de investigación.**

Florez, Jimenez, Hernandez, Ramires y Vega (2007) realizó una investigación que tuvo como objetivo de conocer la relación entre la ansiedad y la depresión en hombres y mujeres que desarrollan actividades escolares durante la mayor parte del día, y conocer si existen diferencias entre éstos, en la Universidad Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Para medir su variable utilizaron el inventario de Depresión de Beck participando 80 voluntarios de la carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores. Los resultados en cuanto a la depresión; se encontró que ningún grupo rebasó los 40 puntos de la escala de Beck, por lo cual la muestra total no presenta el problema de depresión, sin embargo son las mujeres las que tienen el mayor promedio de depresión.

Guillermo (2010) desarrolló una investigación con el objetivo de evaluar la prevalencia de los trastornos depresivos y algunos factores de riesgo asociados en los estudiantes del Programa de Enfermería de la Universidad Libre de Pereira. Se aplicó la Escala de Autoaplicación de Zung (EAZ) a 150 estudiantes del programa de enfermería. Los resultados de este estudio con una muestra de 135 estudiantes (120 mujeres y 15 hombres) mostraron que 14.20% de los estudiantes del programa de Enfermería de la universidad Libre de Pereira no presenta síntomas de depresión, y que un 2,2% presenta depresión grave. Así mismo se

observó que el grueso de la población encuestada, es decir, el 83.6% se ubicó en las clasificaciones de leve y moderada, siendo la depresión leve la más prevalente con un 62,7%. Respecto a la variable sexo, no fue posible obtener medidas de significancia estadística porque el número de hombres fue insuficiente.

Morales, Pacheco, Paez, Cuevas y Rosas (2005) desarrollan un estudio basado en la influencia de las relaciones estables adolescentes en la incidencia de la depresión. Esta investigación aborda el tema de depresión, aplicando una prueba a estudiantes de preparatoria de 15 a 21 años, (Hombres y mujeres, de la Universidad del Valle México Campus Tlalpan). Se utilizó el inventario de Beck y cols. Se dieron a conocer los resultados acerca de la existencia de depresión y diferencias significativas hombres y mujeres. En esta prueba participaron 80 hombres y 50 mujeres con un rango de 15 a 21 años, en la que se encontró que la tendencia más representativa era de 16 años en varones y 17 años en mujeres. De igual forma se encontró que la población de 17 años de edad tiene más relaciones inestables que el resto, pues es la etapa definitoria de la adolescencia. Sin embargo esto no tiene tanta influencia en la presencia de rasgos depresivos, como se había pensado puesto que en otros resultados se reflejó que a pesar de la presencia de una pareja estable los síntomas depresivos se siguieron presentando de manera constante.

Otro estudio realizado con el objetivo de evaluar la asociación de los factores de riesgo y protección de la depresión, constituida por una población de 3690 adolescentes escolarizados de 9 a 19 años, pertenecientes a las escuelas públicas de la ciudad de Medellín, utilizando un instrumento propio “La escala de depresión versión Medellín”, que tiene como origen conceptual los criterios incluidos en la escala de María Kovak y la de WS Reynold. El resultado obtenido de este estudio también muestra porcentajes respecto a la prevalencia de depresión y diferencias significativas entre los sexos, un 12,1% de los adolescentes



cumplieron los criterios para depresión, entre ellos se encontró las diferencias significativa de que 9.3% hombres y 13,9% mujeres (Hoyos, Lemos, & Torres, 2012).

Menciona también este estudio internacional en una población de 27403 estudiantes de nivel medio y superior de la ciudad de México, grupo etario que corresponde al rango de edad de 14 a 24 años, completaron la información de la escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies (CES-D), de los cuales 27264 fueron hombres y 30139 mujeres. Los resultados obtenidos de detección de sintomatología depresiva elevada. La definición operacional de la sintomatología depresiva elevada se definió con el punto de corte (PC) de la CES-D con base en la media más una desviación estándar ( $PC \geq 16$ ) con lo que se detectó una frecuencia de sintomatología depresiva elevada de 14.7% ( $n=8,197$ ): 11.1% en varones y 17.9% en mujeres síntomas depresivos. (González-Forteza et al., 2011).

Al igual que investigaciones internacionales también se puede ver estudios realizados en nuestra nacionalidad de esta índole, que es la depresión, Dorregary (2005), realizó un estudio cuyo objetivo general fue identificar y comparar el nivel de Depresión entre varones y mujeres. La muestra estuvo conformada por 92 alumnos, varones y mujeres del quinto año de secundaria, de 15 a 17 años de edad, de un colegio Nacional Distrito de los Olivos. El tipo de muestreo fue intencional. El instrumento utilizado fue la escala de auto medición de la depresión de Zung (EAMD). Como estadístico se utilizó la t de student para muestras no correlacionadas, grupos separados, con un nivel de significancia del 0,05. Los resultados obtenidos indican que no existen diferencias significativas entre varones y mujeres.

Así también vemos a Vargas, Tovas y Valverde (2010), quienes hacen una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia de los factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de lima metropolitana y callao, siendo su población adolescentes de 12 a 17 años que residían permanente o habitualmente en las viviendas de lima metropolitana

y el Callao. Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron, el cuestionario de violencia familiar (utilizado en el Estudio Metropolitano sobre la violencia y los comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao de Anicama y col.), la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), elaborado por Lecrubier y colaboradores; el inventario de Trastornos de la conducta alimentaria EDI-2, elaborado por Garner y Olmsted. Teniendo como resultado que la prevalencia actual del episodio depresivo en adolescentes fue 8.6%. Se encontró una mayor prevalencia de episodio depresivo en el grupo etario de 15 a 17 años (12.1%), en comparación con el grupo etario de 12 a 14 años (5.4%). De la misma forma, la prevalencia fue mayor en el sexo femenino (13.4%), que en el masculino (3.9%). Estas diferencias reportadas fueron estadísticamente significativas ( $p=0.002$  para ambas variables).

Zabaleta (2015) en su investigación realizada con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a trastorno depresivo en adolescentes de I.E Manuel Gonzáles Prada durante los meses de enero y febrero, utilizando Test de depresión de Hamilton en una población de 145 adolescentes, obtuvo de que el 61% fueron mujeres y 39% fueron varones siendo la mínima edad 12 años y la máxima de 17 años. El 38,6 % tuvieron antecedente de episodio depresivo. El 32,1 % de los pacientes tuvieron a la madre como familiar con diagnóstico de trastorno depresivo. El 22,8 % tuvo antecedente de suicidio de un familiar. La desarmonía de mayor frecuencia fue la separación de los padres (34,8 %). El 30,3 % tuvieron familiares con enfermedad crónica grave. El 11% hacían uso de sustancias, la violencia intrafamiliar de mayor frecuencia fue la violencia psicológica. El estresor de mayor frecuencia fue el conflicto con los compañeros de clase (39 %).

No se encuentra investigaciones específicas de depresión en adolescentes en esta región de puno, pero si se realizó una investigación con el objetivo de determinar la depresión postparto

en puérperas primitivas y múltiparas, este estudio se realizó en el establecimiento de Salud-Puno con 69 puérperas primíparas y múltiparas, de los cuales se vio un resultado ve evidencias de tasas altas de depresión en ellos. Humpiri (2011) redacta en su diario que la Dirección Regional de Salud (Diresa) dio su reporte de 650 casos de depresión en la población, así mismo refiere que hasta esta fecha se registró 167 casos de riesgo suicidad por esta causa.

## **2.2 Marco Bíblico Filosófico.**

La depresión ha sucedido desde el comienzo del pecado, varios personajes bíblicos exhibieron síntomas depresivos, David fue uno de los personajes quien sufrió una terrible depresión y este cuadro de depresión lo encontramos en salmos 42, David había sido ungido para ser Rey, sin embargo no era suficiente para salir de esta depresión en salmos 42: 3-4 (Reyna-Valera, 2000) David menciona, “mis lágrimas fueron mi pan de día y de noche, mientras me dicen todos los días: ¿Dónde está tu Dios?, estas cosas recuerdo mientras derramo mi alma”. No solo vemos a David quien clama a Dios por su depresión si no tambien a Moises, Ana, Elías, Job, Ezequías, Jeremias y Jonas. Moises un gran hombre de fe, un hombre modelo a seguir, queria morir, sentia cansancio por la desobediencia del pueblo, las quejas, las críticas lo abrumabana tanto que se sentia solo, él clama a Dios en números 11:14-15 (Reyna-Valera, 2000) “Yo solo no puedo soportar esto a todo este pueblo, que es pesado en demasia. Si así me vas a tratar, te ruego que me des muerte, si he hallado gracia en tus ojos, para que yo no vea mi mal.” De la misma manera Ana se encuenra atrapada en la depresión por distintas situaciones, una mujer fiel quien sufría porque no podía tener hijos. A Ana su rival la irritaba, la enojaba y la entristecía, porque el Señor no le había dado hijos, por esta razón ana lloraba y no comía (1 Samuel 1:6-7, Reyna-Valera, 2000).

La depresión puede ser a causa de muchas situaciones, no solo en la biblia se habla de ello si no tambien en los escritos de Elena G. de White. White (1998) afirma que la depresión también es causa de vivir en habitaciones o ambientes cerrados y mal ventilados: “la mente se deprime y se ensombrece, mientras todo el organismo se enerva, y es posible que se produzcan fiebre y otras enfermedades agudas” (p, 500). Estos ambientes cerrados producen mala oxigenación lo cual también causa una depresión, muchas veces los productos tóxicos del desgaste, que deberían ser eliminados por la respiración, quedan dentro del cuerpo y corrompen la sangre y que esto afecta a los pulmones, hígado, estómago y cerebro. “La piel se pone cetrina, la digestión se retarda, se deprime el corazón, se nubla el cerebro, los pensamientos se vuelven confusos, se entenece el espíritu, y el organismo entero queda deprimido, expuesto a la enfermedad”.

En los escritos de White (1998) mencionan también que la depresión trae consecuencias muy graves, las personas que ocupan una reserva fría, helada con quien han caído en la depresión crean un clima que destruye los buenos impulsos y las buenas decisiones, así también bajo la influencia de la depresión la gente consume sus esencias sociales y la generosidad desaparecen por falta de ejercicio. “No solo la salud espiritual resulta afectada; La salud física también sufre como consecuencia de esta depresión que no es natural” (p, 500). En la biblia también encontramos las consecuencias desgarradoras, Ezequías Rey de Israel, quien tenía todo para ser aparentemente feliz; Sin embargo nadie podía hacer nada ya que su enfermedad era prolongada, Ezequías clama a Dios en Isaías 38: 14 (Reyna-Valera, 2000) “como la grulla y la golondrina me quejaba: gemía como la paloma, alzaba en alto mis ojos. Señor, violencia padezco, fortaléceme”.

Final mente encontramos en las sagradas escrituras y también en los libros de Elena G. de White, el camino para salir de la depresión. David al esconder sus sentimientos se deprimía,

pero él le reclamo a Dios, le pregunto todo, empezó a decirle todo lo que le incomodaba y lentamente tuvo esperanza, vemos claro ejemplo un pequeño camino para salir de la depresión, abrir tu corazón e informar lo que te acontece, será de mucha ayuda para una recuperación a una depresión, pero primero díselo a Dios. En Salmos 55: 17 (Reyna-Valera, 2000) “Al atardecer, de mañana y al medio día oro y clamo y él oye mis voz”, vemos el camino que David encontró para salir a la depresión, por otro lado también vemos muchas promesas que inspiran esperanza, y esta esperanza es el mejor remedio de la depresión.

“Una mente contenta y un espíritu alegre son salud para el cuerpo y fortaleza para el alma. No hay causa de enfermedad tan fructífera como la depresión, la lóbreguez y pesar” (White, 1998, p. 129). En los escritos de Elena menciona que Dios puede ayudar a estas personas con este estado de ánimo, White (2007) afirma que se debe alentar a los enfermos a que confíen en Dios y tengan ánimo, “la congoja acerca de si mismo los debilita y enferma. Si los enfermos se sobreponen a la depresión y la melancolía, tendrán mejores perspectivas de sanarse”. De la misma manera nos dice en la biblia el Salmos 33: 18 (Reyna-Valera, 2000) “el ojo de jehová está sobre los que esperan en su misericordia”.

Si no deseas ser esclavo de la depresión pues tienes que ser temperante, lograr nobleza de carácter, más esto no potras tenerlas estando deprimido y desanimado (White, 1998). En las cartas de Juan dice, “Rompe las ataduras con que satanás te ha amarrado. No es necesario que seas su esclavo. Vosotros sois amigos de Jesús, si hacéis lo que él manda.” Aun los psicólogos profesionales están recomendando que los pacientes que creen en la oración, oren. Aun cuando no estemos sufriendo depresión clínica, podemos sentirnos mejor con solo orar a Dios. No importa quién seas o cuán profundo sea tu desánimo, tener una relación con Dios puede hacer mucho para darte esperanza, ánimo y curación (Días da Costa, I Trimestre "La Biblia y las emociones", 2011).

## **2.3 Marco conceptual.**

### **2.3.1 Definición de depresión.**

La depresión no es un tema actual, desde la antigüedad existió la depresión, aunque en la biblia no se encontrará exactamente el término “Depresión”, ni definición exacta, pero si se habla de sus síntomas como descripción de ella y las menciona como abatimiento, tristeza, afligido, desanimado, angustiado, quebrantado, etc., el Rey Saúl tuvo un síndrome depresivo según el antiguo testamento, así la biblia demuestra que cualquier persona puede sufrir de depresión, a pobres como Noemí, a ricos como rey Salomón, a jóvenes como David, a los mayores como Job, a mujeres como Ana.

Además vemos años atrás desde la filosofía Hipócrata quien describió la depresión como melancolía, además la relacionó con un aumento de bilis, y un estado de aversión a la comida, desaliento, somnolencia, irritabilidad e inquietud. (Ministerio de Salud [MINSAL], 2008) describe a la depresión como: “Trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes sufren” (p, 13).

Hollo y beck (citados en Almudena, 2016), definen la depresión como el “síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes”. Esta definición viene desde una perspectiva psicológica, como también se menciona que es, trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión, y desesperanza profundos, la depresión patológica es una tristeza sin causa aparente que la evidencia y a su vez es grave y constante, aparecen varios síntomas, incluidos las

perturbaciones de sueño, bajo apetito, pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer (Zarragoita, 2011).

Desde el punto médico NIH (2011), define que la depresión “Enfermedad clínica severa que afecta al cerebro. Es más que sentirse hundido o triste por algunos días. La depresión puede tener una tendencia familiar suele comenzar entre los 15 y los 30 años”.

Aguirre (2008) habla desde una perspectiva antropológica, dice que la manifestación de la depresión es un hundimiento de vital en la que lo biológico y lo cultural se unen para manifestar sufrimiento que padece el hombre.

La depresión viene a ser a causa de la presión socioestructural y si uno no tiene un buen recurso de afrontamiento a esta presión le llevara a tener malestar físico y emocional, esto es desde una perspectiva Sociológica (Álvaro, Garrido, & Schweiger, 2010). Finalmente encontramos a Freud que define la depresión de una perspectiva psicoanalítica afirmando que es, duelo, sufrimiento por la pérdida de algo real o imaginario, lo cual lo lleva a un estado de culpa, vergüenza u odio hacia uno mismo, mientras que su discípulo Karl Abraham dice que, la depresión puede ser por la fijación de una etapa de desarrollo psicosexual (Campbell & Palma).

Sin embargo este trabajo tiene como fuente principal las teorías de Beck, quien habla desde un enfoque cognitivo, define la depresión como una serie de pensamientos negativos de sí mismo, del entorno y del futuro. La persona se ve a sí mismo como incapaz, despreciado, esto hace que distorsione en la interpretación de su realidad, viendo su entorno solo en términos dañados, cree que su futuro será puro fracaso y frustración, lo cual lo lleva a reasignarse y dejarlos sin modificar nada (Beck; citado en Dahab, Rivadeneira y Minici, 2002).

Sin embargo también es importante saber la definición según el Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), donde menciona que el sentimiento de

tristeza intensa puede producirse por un evento o cualquier otro acontecimiento, el cual desencadena este estado de ánimo deprimido, melancólico, cuya característica principal es la alteración del humor, esta también acompañada de las alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, especialmente en las mañanas, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte o suicidio. Trae repercusiones a nivel personal, familiar, escolar y social. (American Psychiatric Association [APA], 1995).

La OMS describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad.

### **2.3.2 Clasificación de la depresión**

Cuando hablamos de clasificación de la depresión, los más indicados y utilizados son: el de la Asociación Psiquiátrica Americana, Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10) de la OMS. Los trastornos Depresivos se pueden Clasificar según su intensidad como leves, moderados o graves. Para el procedimiento de clasificación diagnóstica de acuerdo CIE-10 y DSM IV-TR, es por la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como el deterioro funcional.

Según DSM-IV-TR define como un desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave. El episodio depresivo leve, se caracteriza por síntomas como tristeza, pierde el interés por las cosas y pierde la capacidad de disfrutar, aumento de agotamiento, en el episodio depresivo moderado, se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales y en el episodio depresivo grave se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa (APA, 2000).



Según el CIE-10 los episodios depresivos, ya sean leves, moderados o graves, se caracteriza generalmente por tener desánimo, incapacidad del disfrute, suelen tener cansancio sin haber hecho alguna actividad, se altera el sueño, la alimentación es diferente, no se concentran fácilmente, no hay confianza en uno mismo, por ende resultan tener baja autoestima, suelen tener enlentecimiento psicomotor, la libido disminuye, etc., esto va en función a la severidad de síntomas y cantidad de ellos, esto los lleva a especificar como un episodio leve, moderado o grave (OMS, 2000):

- **Episodio Depresivo Leve:** Los síntomas más típicos de la depresión suelen considerarse como ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral social, aunque es probable que no las deje por completo (psikolibro, s.f)
- **Episodio Depresivo Moderado:** La persona que tenga un episodio depresivo moderado debe presentar dos a tres síntomas del episodio depresivo leve, además la persona suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.
- **Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos:** Durante un episodio depresivo grave, presentan una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. La pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, ya que pueden causar el riesgo de suicidio. Durante este periodo no es probable que el enfermo sea capaz de

seguir con su actividad laboral, social o doméstica simplemente lo hará de un grado limitado.

- **Episodio Depresivo grave con Síntomas Psicóticos:** En esta etapa se presentan ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave progresar hasta el estupor.

Vemos también la clasificación según el director del Hospital Honorio Delgado Hideyo Noguchi, quien refiere que los principales signos y síntomas son cuando uno está triste casi todo el día y varios días y esto no mejora por más que haya un evento favorable, la persona afectada deja de interesarse por lo que antes le agradaba, incluye también la pérdida o aumento del apetito, esto hace que haya variedad de peso en ellos. Gracias a esta depresión viene la alteración del sueño, como puede haber insomnio o hipersomnio y Elinsomnio, su cansancio es exagerado ya no tiene fuerzas para hacer sus actividades, se vuelve lento para todo. Finalmente llega a autoculparse, se siente inferior a esto le sigue la desesperanza, su futuro viene hacer incierto, si estos síntomas y signos son leves pero persistentes los lleva a deseos de morir, si son profundos los lleva a un intento suicida (Insituto Nacional de Salud mental [INSM], s.f.). Esta misma institución lo clasifica como, trastorno depresivo grave y el trastorno depresivo distímico, depresión psicótica, depresión posparto y el trastorno afectivo estacional.

- El Trastorno depresivo Grave, es una combinación de síntomas que interfieran con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que

antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida (INSN, 2009)

- El trastorno distímico, se caracteriza por sus síntomas que duran de dos a más años, estos síntomas son menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas (INSM, 2009).

Es importante conocer los diferentes tipos de clasificación ya que nos da un amplio entendimiento; sin embargo este estudio se tomará en cuenta el referente teórico Aaron T. Beck, habitualmente usamos el término de depresión cuando estamos cansados o con ánimo bajo; sin embargo la depresión es más que eso, porque hay cambios en la manera de pensar, de sentir y de comportarse, desde el enfoque de Aaron Beck, la depresión se manifiesta pensando de forma negativa de sí misma(o), de los demás, de su entorno y del futuro, hace que aumenta su desesperanza lo cual lleva a recurrentes deseos de muerte (Centro de psicología Aaron Beck). Para poder identificar el tipo de depresión él crea un inventario de depresión, donde clasifica según la gravedad del síntoma, mediante cuatro fases escritas de mayor a menor, las cuales puntúan de 0 a 3, evaluando las diferentes aspectos de la depresión: Cognitivos, fisiológicos y motores. Los puntos de corte usualmente aceptadas para graduar la intensidad y severidad son:

- No depresión: la persona que no tiene una depresión puede llegar a obtener hasta Diez puntos de calificación en el inventario.

- Depresión leve: Se caracteriza por obtener una puntuación de once hasta los veinte puntos en la calificación del inventario de depresión de Beck.
- Depresión moderada: Esta depresión se da cuando la calificación del inventario de depresión tiene un puntaje desde los veintiuno hasta los treinta.
- Depresión grave: llega a ser cuando la calificación en el inventario es mayor o igual a treinta y uno puntos.

### **2.3.3 Indicadores de la depresión**

Según Beck, Steer y Brow (2006) la tristeza, el pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimiento de culpa, castigo, desconformidad con uno mismo, críticas hacia uno mismo, ideas suicidas o pensamientos, pérdida de capacidad del disfrute, cambios en el sueño y apetito, falta de concentración, abatimiento, pérdida del deseo por el sexo son indicadores de la depresión.

(Vázquez & Sanz, 1991) Menciona sobre el conjunto de síntomas-indicadores que componen el síndrome depresivo, lo cual está muy relacionado con el inventario de depresión de Beck.

- Síntomas afectivos. Comprenden la disforia, sentimiento de abatimiento, pesadumbre, llanto, infelicidad, e incluso irritabilidad y tristeza.
- Síntomas motivacionales. Dentro de ella está la apatía, la indiferencia, la anhedonia, disminución de la capacidad del disfrute, ganas de abandonar el estudio y falta de toma de decisiones, levantarse, darse un aseo, cambiarse, vestirse son tareas casi imposibles.
- Síntomas Cognitivos. Estos síntomas Comprenden auto depreciación, sentimiento de culpa, pérdida de la autoestima.

- Síntomas conductuales. Las personas con este síntoma no pueden o no desean relacionarse con los demás, enlentecimiento para el trabajo.
- Síntomas Físicos. Encontramos lo más común de una depresión la pérdida de apetito sueño y deseo sexual.

### 2.3.4 Causas de la depresión

Existen diferentes enfoques quienes explican a causa de que se da la depresión, y se ve que no hay un causa aparente establecida para la depresión, ya que esta se puede dar por diferentes factores de influencia como el entorno donde viven y se desarrollan, los padres etc. En el siguiente apartado veremos las causas de la depresión

#### 2.3.4.1 Causas Biológicas:

Hay una serie de factores biológicos relacionados con la depresión, aunque esta sea una causa para generar depresión, no será suficiente para generar un cuadro completo depresivo tendrá que ser influenciado de todas maneras por la sociedad. Nolen-Hoeksema, Larson y Gayson (1999, citado por Garay, 2005) Afirma que la aparición de la depresión a causa biológica se da por cambios químicos en el cerebro.

- **Factores químicos:** Los mensajeros químicos del cerebro son los neurotransmisores, las alteraciones de esta puede causar una depresión, es decir que si se libera de forma anormal la serotonina, noradrenalina y dopamina quienes son neurotransmisores aminérgicos, podrían ser importantes en la fisiopatología de la depresión, ya que ellos participan claramente en los mecanismos periféricos de respuestas al estrés agudo, reacciones instintivas al estrés crónico y sus correspondientes estados emocionales. Schildkraut, postula la hipótesis aminérgica de los estados afectivos, mencionando que los trastornos depresivos pueden ser consecuencia de la deficiencia de noradrenalina

(NA) en sitios receptores centrales, a diferencia de las manías, porque esta sería el exceso de Dopamina (DA) (Weinberg, 2000).

Los niveles de noradrenalina y serotonina y su equilibrio entre si desempeñan un papel importante en la forma de reaccionar ante los diferentes eventos de la vida diaria, como sentir alegría cuando se ve a un ser querido o llanto cuando se ve una película triste (Calderón, 1999).

La serotonina está claramente relacionada con la emoción y el estado de ánimo, esta ejerce importante acción en el talante, conducta, movimiento, aparición del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardiacas y el ciclo de sueño-vigilia. La mayoría de la serotonina cerebral se genera en los núcleos del rafe, principalmente en el noveno núcleo del rafe, localizado encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral (Blows ; citado en Guadarrama, Escobar, y Zhang, s.f.). Los niveles altos de serotonina producen calma, paciencia, control de uno mismo, sociabilidad, adaptabilidad y humor estable, a diferencia de los niveles bajos, produce hiperactividad, agresividad, impulsividad, fluctuaciones del humor, irritabilidad, ansiedad, insomnio, depresión, migraña, dependencia (drogas, alcohol) y bulimia (Sailor, 2012).

El Locus Coeruleus (LC) es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral, que genera la noradrenalina (NA), esta nos da energía; la carencia de este neurotransmisor provoca falta de atención, escasa capacidad de concentración y memorización, depresión y descenso de la libido o su desequilibrio con la serotonina puede ser causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar, es por eso que los medicamentos antidepresivos específicos están dirigidos a mejorar actividad de la noradrenalina en la sinapsis (Guadarrama, Escobar, y Zhang, s.f.).

La dopamina es parte de los “mensajeros alegres” junto con la noradrenalina y la serotonina, su liberación de ellas en el cerebro desencadenan sensaciones de euforia, felicidad y fuerte autoestima, también es favorable para la búsqueda del placer y aumenta la capacidad cognoscitiva, si este neurotransmisor tiene una alteración en su liberación puede aparecerla desmotivación hasta la depresión. Precisamente la dopamina hace que realices actividades fuera del límite de las capacidades que posees y en una persona que es adicta al ejercicio hace que tenga una sensación de bienestar eufórica. La liberación exagerada de dopamina causa alucinaciones y paranoia, comunes en una esquizofrenia, en cambio una liberación pobre de este neurotransmisor en ciertas áreas del cerebro provoca temblores y parálisis propias del Parkinson (Sailor, 2012).

- **Factores Hormonales:** Los niveles anormales de determinadas hormonas del estrés y del crecimiento también pueden ser un desencadenamiento de la depresión en la adolescencia; ya que en la depresión se encuentra una alteración del funcionamiento del hipocampo e hipófisis y las glándulas suprarrenales.

Se halló una disminución de sustancia blanca del hipocampo y una asimetría hemisférica de derecha-izquierda, en un estudio realizado en 30 sujetos con un primer episodio depresivo, en comparación con 30 controles, donde se vio que los varones tuvieron menos volumen total y de la sustancia gris en el hipocampo izquierdo, lo que no se vio en los resultados de las mujeres. En un estudio de meta análisis de Campbell y colaboradores en el que se incluyeron 17 estudios (434 pacientes y 379 sujetos controles), se encontró que los pacientes con depresión tuvieron menor volumen en ambos hipocampos; la diferencia fue mayor en el hipocampo izquierdo que en el

derecho. En este meta análisis también se buscaron variaciones en el tamaño de la amígdala; sin embargo, no se encontraron diferencias (Díaz y Gonzáles, 2012).

Zametkin, Guo, Balwin y Cohen (citado en Garay, 2005), vieron que en personas deprimidas algunas tienen cantidades anormales de ciertas hormonas en la sangre (toroides, adrenales). Es decir que cuando la glándula tiroidea no funciona adecuadamente, puede haber dos tipos de problemas: Hipertiroidismo, que es la liberación de demasiada hormona tiroidea e hipotiroidismo, donde se libera poca hormona tiroidea, cualquiera de estos trastornos puede llevar a la depresión, pero se da más en pacientes con hipotiroidismo. De la misma manera vemos que personas con depresión tienen demasiada hormona adrenal o cortisol en la sangre. El exceso de cortisol puede alterar directamente la función cerebral o el equilibrio natural de los neurotransmisores en el cerebro (Scmider, et al.; citado en Garay, 2005).

También la actividad del hipotálamo se relaciona con la depresión debido a que éste regula la secreción de hormonas. Produce y libera proteínas pequeñas (péptidas) que actúan sobre las glándulas hipófisis en la base del cerebro. Estos péptidos estimulan o inhiben la liberación de varias hormonas a la corriente sanguínea, cuando se percibe una amenaza potencial, alerta a lo que se conoce como eje HPA hipotálamo, glándula y glándula suprarrenales, ellos forman el sistema hormonal lo que hace que regule la respuesta del cuerpo al estrés. Y se ha observado que la gente con depresión tiene actividad aumentada del eje HPA (Calderón, 1999).

Se observa en las mujeres que en la adolescencia hay desarrollo hormonal, como es la fluctuación de hormonas femeninas: estrógenos y progesterona, lo que está asociado con sus cambios de estado de ánimo, entre ellos la depresión.



La hormona sexual principal para la fertilidad y el embarazo es la progesterona y es necesario en el cuerpo de una mujer tener la progesterona para mantener sus ciclos menstruales normales. Los niveles de la hormona progesterona aumentan y caen durante todo el ciclo menstrual de la mujer. Cuando los niveles de progesterona caen, puede haber un aumento de peso, cambios en el apetito, irritabilidad, dificultad para una concentración, sentimientos depresivos; así también esta deficiencia de progesterona conduce a la dominación del estrógeno y este exceso puede provocar que el cuerpo retenga el cobre y el cinc perdido en la sangre y el cerebro. Puede haber un vínculo entre los niveles de cinc y la depresión. Los síntomas de la depresión también se han asociado con la toxicidad del cobre (Keefer, 2013).

En un estudio realizado con 16 hombres, donde ellos recibieron testosterona y placebo, se encontró que los niveles altos de testosterona, dentro de un rango normal, puede producir un profundo efecto en los circuitos cerebrales implicados en el procesamiento de las amenazas y la agresividad humana (Carre, 2014)

- **Factores Genéticos:** Algunas formas de depresión son genéticas, esta tendencia de los genes a la depresión no involucra que se padezca, sí que haya disposición hacia ella. La depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugiere que se puede heredar una predisposición biológica. Esta depresión puede darse a parientes de primer grado. Los estudios de gemelos y de familias sugieren con claridad un componente genético tanto en la depresión grave como en los trastornos bipolares. Hay estudios que revelan que existe un riesgo mucho mayor de desarrollar una depresión grave si el gemelo idéntico de la persona padece este trastorno (54%) que si la padece el padre, el hermano o la hermana (16.6%). También mencionan que aquellas personas que tienen parientes con un diagnóstico bipolar, tienen de 1.5 a 3 veces más

probabilidad para desarrollar una depresión grave, que aquellas que no tienen ningún familiar con este diagnóstico. Los estudios de las familias también demuestran que mientras más joven sea la persona cuando ocurre la primera depresión, más probable es que sus parientes también experimenten periodos de depresión (Zúñiga, Sandoval, Juárez y Villaseñor, 2005). Al respecto, del Barrio, (2006, citado por caballo, 2006), afirma que la depresión materna tiene un impacto mayor en especial en la primera etapa de la vida del niño y que sus duración correlaciona positivamente con la aparición de la depresión en los hijos.

La mayor parte de los estudios realizados con familias, han mostrado que los padres, hermanos e hijos de pacientes deprimidos tienen un riesgo entre 10 a 15% de padecerla, en comparación con el 1 al 2% en la población general (Gelder y Colaboradores; citado en Diaz, Díaz, Linares y Robinson, 2013).

De esta manera vemos que las mujeres son las más propensas a la depresión por causas situacionales biológicas como por ejemplo el síndrome premenstrual, cambios hormonales, estrés, problemas de funcionamiento de la tiroides, entre otros, como se mencionó (Arrivillaga, Cortés, Goicochea, Lozano, 2003).

#### **2.3.4.2 Causas Psicológicas.**

Belk y Snell (1989) Hablan sobre las causas psicológicas que se asocian con la depresión, dicen que los diferentes estilos de respuestas y la acumulación de estresores en la vida pueden ser los primordiales factores que favorecen la depresión. Individuos que se deprimen más, presentan mayor dificultad para organizar material y también presentan problemas para memorizar, y más aún si se exige mayor esfuerzo para resolver un problema.

Los paradigmas negativos adquiridos durante la infancia son a menudo responsables de la formación de una depresión primaria. Así también las experiencias negativas de las personas,

como por ejemplo, el desprecio de los padres o la violencia, influyen en la aparición de una depresión; ya que estas experiencias los llevan a menudo a sentimientos de auto rechazo y al desarrollo de una imagen propia negativa, lo cual ven su entorno con desconfianza y de forma pesimista, finalmente su futuro es incierto (Gemma, 2011).

Boggobiano y barret, (1991, citado en Garay, 2005). Las mujeres dan a conocer sus molestias o cualquier evento negativo que esté pasando en cambio los hombres no. Esto hace que ellas cuenten más sus problemas a los demás y se culpan con mayor frecuencia de las situaciones difíciles que los hombres; por lo que aparentemente la mujer tiene menor control y más depresión que el hombre.

Señala que las diferencias de género no son reales porque las mujeres sobre informan, en tanto que los hombres reportan menos las quejas somáticas y psíquicas a sus médicos. La tendencia de las mujeres a reportar más síntomas de depresión que los hombres puede ser responsable de su mayor probabilidad de cumplir con los criterios para un trastorno depresivo, mientras que los varones utilizan alcohol y otras sustancias para disminuir los síntomas (Angst; citado en Gaviria y Silvia, 2009). Así también afirma Thayer, Newman y McClain (citado en Garay, 2005) que una mujer para regular su estado de ánimo puede utilizar técnicas más pasivas como encerrarse, no hablar con nadie y llorar, en cambio el varón utiliza técnicas más activas donde le proporcionen placer y distracción como practicar un deporte que le guste salir.

Muchas investigaciones han demostrado que hay un predominio en la tasa de depresión femenina, esto se debe a la cantidad de síntomas somáticos que exhiben ellas en comparación con el varón. Las mujeres reportan más frecuentemente trastornos del apetito y del sueño. Cansancio, ansiedad e hipocondría (Piccnelli & Wilkinson, 2000).

### **2.3.4.3 Causas Sociales.**

El hecho de ser mujer es un factor de riesgo principal para tener depresión, la depresión es un trastorno prioritario para la cuarta parte de esta población y esta tiene el doble de posibilidades para desarrollar que el hombre (Matud, Guerrero y Matías, 2006).

La misma crianza de los padres hacia varón y mujeres de diferente manera, tienen diferente expectativas para ambos sexos, lo que puede llevar a que las mujeres sean más temerosas y preocupadas por la evaluación de otros, a diferencia, los hombres desarrollan un sentido de dominio e independencia (Kaplan, 1986). Es por eso que el clima social presente un papel importante en las diferencias de estado de ánimo. Cultural y socialmente, las mujeres cuando se deprimen buscan como causa sus propios errores, a diferencia del hombre quien suele buscar la causa a fuentes externas cuando se deprime. Por esta razón a las mujeres les cuesta mucho dar salida sus agresiones, por ser embarazoso, es por eso que las interiorizan volcándose hacia sí mismas, culturalmente se da una reacción negativa hacia una mujer agresiva, por lo que desean verse casi todo el tiempo como personas amables, en espera de aprobación social, ya que temen perder a las personas de demostrar su enojo (Joiner & Blalock, 1995).

Hay tendencia de depresión a causa de factores socioculturales; la diferencia entre hombres y mujeres pueden ser el tipo de educación, oportunidades laborales, prácticas negativas de crianza y exposición a traumas específicos. Todos estos factores contribuyen a diferentes tipos de cognición y personalidad, por ejemplo, vivir sin apoyo, recordar reiteradamente sucesos negativos, poseer un auto concepto pobre y considerarse con tendencias al fracaso, predisponen a las mujeres a la depresión (Widiger & Spitzer, 1991).

A través del ciclo vital, las mujeres suelen experimentar más eventos vitales estresantes que los hombres y pueden ser más sensibles a sus efectos. Las adolescentes tienden a reportar un

mayor número de eventos vitales negativos; particularmente, aquellos relacionados con la relación con sus padres y pares (Rudolph y Hamme; citado en Gavira y Silvia, 2009). Las adolescentes han mostrado ser más susceptibles que sus pares varones a síntomas depresivos en respuesta a las discordias familiares, y a la depresión materna (Davies, Windle y Gender; citado en Gaviria y Silvia, 2009).

Puede haber infinidad de factores que causen una depresión, pero ninguna de ellas es determinante, la aparición de esta depresión puede ser depende del desarrollo de cada persona; sin embargo se ve que las mujeres son más vulnerables a los factores desencadenantes de la depresión. Las explicaciones para estas diferencias de género son múltiples y se pueden categorizar en varios aspectos biopsicosociales. Desde una perspectiva social está ligado funcionalmente a los papeles de sexo o género; sin embargo esta diferencia aparece a partir de los 11 años (del Barrio, 1997 citado por Caballo, 2006).

### **2.3.5 Depresión en adolescentes**

Aunque la depresión se puede presentar en cualquier etapa de la vida, la adolescentes es un grupo etario que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión debido a que en esta etapa presentan cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivo, lo que hace que ellos desarrollen estrategias de afrontamiento que les permita establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal (Estudio Nacional de Salud Mental Colombia, 2003).

Un estudio del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos ha puesto de manifiesto que cuatro de cada diez adolescentes en algún momento “se han sentido tan tristes que han llorado y han deseado alejarse de todo y de todos”. En el transcurso de su adolescencia, uno de cada cinco adolescentes piensa que la vida no merece la pena vivirla y se han planteado el suicidio como una opción. Estos frecuentes sentimientos pueden dar lugar a

un estado depresivo que puede no ser evidente para los demás. Los cambios en la alimentación (atracones o falta de apetito), la agresividad, el bajo rendimiento escolar, la somnolencia y las excesivas preocupaciones sobre la apariencia física pueden ser signos de malestar o discomfort emocional en los adolescentes. De forma más visible, pueden aparecer fobias y ataques de pánico (Craig & Baucum, 2009).

Según Pardo, Sandobal & Umbarila (2004) afirma que la depresión es vista muchas veces solo como parte de su desarrollo como un periodo de labilidad emocional. Además, los cambios de humor, el aislamiento, los cambios de la alimentación y en el sueño, las dificultades de concentración, reducción de la actividad, fatiga e irritabilidad pueden ser vistos como normales dentro del comportamiento adolescente. Pero estos ocurren en unos niveles que no interfieren su funcionamiento diario a su adaptación al mundo. A pesar de este hecho, existe un grupo de adolescentes cuyos cambios en el estado de ánimo, comportamiento y funcionamiento indican la existencia de un trastorno psiquiátrico. Ante esta situación se hace necesario establecer e identificar con claridad la sintomatología depresiva indicadora de la presencia de trastorno.

Al hablar de la perturbación de la depresión en los adolescentes, es hablar cuál es el factor de riesgo que causa casi todo tipo de trastornos psicológicos. Entre los factores de riesgo más vistos se encuentra los biológicos y psicosociales. Hoy en día, el modelo interactivo sostiene que ninguno de ellos es determinante. De acuerdo a Del Barrio (citado en Caballo, 2006), junto a la vulnerabilidad del adolescente, se deben dar aquellos elementos ambivalentes que desencadenan y sostienen el trastorno depresivo.

Otro factor que influye en la depresión es la falta de moderación del pensamiento, ya que el joven parece vivir en un mundo del "todo o nada" dando a hechos triviales una trascendencia desmedida y reaccionando de una manera dramática. Estos factores son los que llevaron a

Anna Freud a plantear que todos los adolescentes se encontraban en un estado de duelo y que en realidad añoraban los períodos de la niñez en donde las soluciones eran relativamente simples (Grinberg, 1983).

La adolescencia es una etapa de transformaciones, por lo que en este periodo existe un aumento de la emotividad, la cual es provocada por la necesidad que experimenta el ser humano de abandonar viejos hábitos de acción y de pensamiento y de establecer otros nuevos. Es la adolescencia uno de los grupos etarios más vulnerables de sufrir depresión, ya que en la etapa de adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social (Blum, 2000).

La depresión en la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común, o como una enfermedad peligrosa que puede generar conductas autodestructivas. Se considera que el adolescente está enfermo cuando el proceso de su desarrollo biopsicosocial se altera y esto se manifiesta en conductas anormales, y alteración en sus funciones mentales ( Dallah y Castillo; citado en Pardo, Sandobal & Umbarila, 2004).

La depresión ha sido asociada al síndrome de riesgo en la adolescencia. El síndrome de riesgo consiste en la presencia simultánea y covariada de factores de riesgo asociados a la presentación de los cuatro problemas típicos en la salud del adolescente (Blum, 2000):

- Abuso de las sustancias
- Embarazo o iniciación sexual temprana.
- Deserción escolar o problemas de rendimiento académico.
- Delincuencia.

La adolescencia según la OMS, es la etapa que transcurre entre los 10 años hasta los 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana que se considera desde los 10 a 14 años y la adolescencia desde los 15 hasta los 19 años.

### **2.3.6 Género y sexo:**

Al hablar de sexo y su definición se describe más a cuestiones biológicas (anatomía, hormonas, fisiología, etc.) Sin embargo también se trata de una categoría social, es decir lo que la gente piensa sobre esas diferencias. Desde ese punto de vista, el concepto de género, aunque incluye lo biológico, sería producto de un determinado sistema cultural. (Deaux, 1984).

Como ya habíamos hablado que existe diferencias biológicas entre hombres y mujeres, éstas se encuentran intervenidas culturalmente, de forma que se pueden modificar por cuestiones sociales y políticas, no necesariamente el embarazo, la menstruación y la lactancia son diferencias determinantes entre hombres y mujeres (Lorb, citado en Gorestegui, 2004). Lo que establece la diferencia es la construcción que se dé a esas categorías. Las definiciones de sexo giran en torno a la Biología, es decir componentes fisiológicos del sexo, mientras las de género gira en torno a la cultura, es decir es una invención o etiqueta social, simplemente una diferencia entre dos grupos de gente, lo cual consideran que es lo apropiado para hombres y mujeres (Fagot y Leinbach; citado en Gorestegui, 2004).

Teniendo en cuenta las siguientes aclaraciones entre género y sexo, cabe resaltar que en esta investigación se verá al hombre como a la mujer en sus dos ámbitos tanto su género como su sexo.



### 2.3.7 Tratamiento:

La depresión va acompañada de diversos síntomas y signos, estos pueden ser regulados con algún tratamiento. El tratamiento suele ser dependiendo a la gravedad de la depresión, la psicoterapia es la primera elección de tratamiento en depresión leve y moderada, y la más utilizada es de tipo cognitivo conductual, seguida de ello va la farmacoterapia para una depresión moderada-severa. También puede darse una intervención multimodal donde incluyen intervenciones a nivel individual, familiar, grupal y farmacológico. En este apartado se describirá el tratamiento más relevante ante una depresión de forma general.

Cuando se habla de tratamiento se ve a los más empleados ante una depresión, que son la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia.

Beck y Ellis (s.f.) mencionan que los tratamientos conductivo-conductuales incluyen el entrenamiento en habilidades sociales, la resolución de problemas, ya que es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que lo rodea. Los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos. Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales:

- La información oral del mismo paciente, al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas.
- Los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia.
- El material introspectivo o de auto-registro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones.

En cuanto a la terapia racional emotiva, está orientada a que el paciente aprenda nuevas habilidades en su forma de percibir, entender y reaccionar ante las dificultades, y así reducir la gravedad y duración de la enfermedad, es decir que se da la oportunidad al sujeto a que ponga sus propias metas y se esfuercen por alcanzarlos racionalmente (Beck y Ellis, s.f.).

Por otra parte vemos que también es importante desarrollar terapias de grupo con el fin de ayudar el desarrollo de las habilidades sociales y reducir el aislamiento social del adolescente deprimido.

Finalmente, las intervenciones de los padres y familiares son importantes, porque conocer la sintomatología de sus hijos, comprender sus actitudes, aceptar la enfermedad y no reforzar las conductas negativas, es de ayuda en una terapia. Por esta razón se hace también una Psicoeducación. El objetivo de esta intervención es educar tanto a los padres y educadores como a los adolescentes acerca de la depresión como una condición biológica y que no está bajo el control del individuo únicamente, de ahí la importancia de enseñar conceptos fundamentales de manejo adecuado de emociones, solución de conflictos.

Muy aparte vemos a la farmacoterapia ya que estos no pueden ser aplicados a cualquier tipo o situación de depresión, solo a los que realmente necesitan de ellos, los psicofármacos tienen un carácter complementario y facilitador de la psicoterapia. Hay pocos estudios sobre el uso de antidepresivos en niños y adolescentes. El uso de fármacos estaría indicado en depresiones moderadas-graves cuando:

- Los antidepresivos tricíclicos tienen características farmacocinéticas y farmacodinámicas, mecanismo de acción y perfil de efectos secundarios similares. Se incluyen en este grupo las aminas terciarias (imipramina, amitriptilina, trimipramina, doxepina y clomipramina) y las aminas secundarias (desipramina, nortriptilina y protriptilina). Muy semejantes son los “Antidepresivos tetracíclicos”, como

maprotilina, mianserina y amoxapina. Estas ejercen un efecto antidepresivo ya que actúan directamente con los neurotransmisores, pero causa también sequedad en la boca, visión borrosa, estreñimiento y retención urinaria, hasta el aumento de peso (Travé y Reneses, 2002).

- Los antidepresivos heterocíclicos son peligrosos en caso de sobredosificación voluntaria o accidental, de forma que la intoxicación puede resultar mortal, lo que debe ser tenido en cuenta en situaciones con riesgo autolítico (Travé y Reneses, 2002).
- Entre los ISRS, la fluoxetina es la que tiene la semivida más prolongada (de unos 9 días aproximadamente, debido a la existencia de metabolitos activos), mientras el resto se mueve alrededor de las 20 horas; la paroxetina muestra la mayor potencia de acción sobre la recaptación serotoninérgica, pero esa diferencia no parece influir sobre su utilidad terapéutica. La paroxetina es el ISRS más sedante, mientras que la fluoxetina parece tener una acción más estimulante (Travé y Reneses, 2002).

En los estados unidos la fluoxetina es el único antidepresivo autorizado para administrar a niños y adolescentes. Recientemente en España se ha ampliado la indicación de fluoxetina a niños mayores de 8 años y adolescentes con depresión severa-moderada que no responden a psicoterapia (Rodríguez & Granada, 2007).

#### **2.4 Definición de Términos.**

**Depresión:** la depresión es un sentimiento de tristeza intensa que puede producirse por un evento o cualquier otro acontecimiento que pueda desencadenar este estado de ánimo deprimido, melancólico, cuya característica principal es la alteración del humor, esta también está acompañada de las alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio,

especialmente en las mañanas, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, para la investigación se tomará depresión como como el “síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes según Beck.

**Adolescentes:** Según la OMS la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 a 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana viene a ser de 10 a 14 años y la adolescencia tardía transcurre de los 15 a 19 años.

**Género y Sexo:** Sexo se define a un entorno Biológico, mientras las definiciones de género son culturales. El sexo podría ser un hecho dado, mientras el género es un artefacto cultural, es una propiedad cultural social, es una invención social mediada por otra construcción social (la biológica) que tiene un desarrollo temprano en la infancia (Gorestegui, 2004). El concepto de género, masculino o femenino, describe componentes no fisiológicos del sexo que se consideran como apropiados para hombres y mujeres, se refiere a una etiqueta social por la que diferenciamos dos grupos de gente.

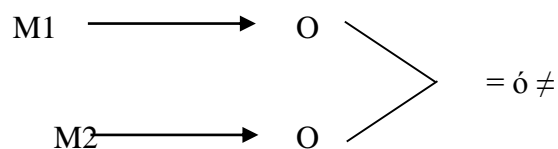
## CAPITULO III

### MATERIALES Y METODOS

#### 3.1 Tipo y diseño.

El presente estudio corresponde a un diseño no experimental, de tipo descriptivo comparativo, puesto que no se manipuló la variable de estudio; así mismo, este es de corte transversal transeccional, pues se realizó el levamiento de datos en un solo punto en la línea de tiempo (Hernandez, Fernandez, & Batista, 2010).

Charaja (2004) plantea el siguiente bosquejo para investigaciones descriptivas comparativas.



#### **Dónde:**

M = Muestras de estudio

O = Observaciones o información recogida

(=) = Igual

≠ = Diferente

### **3.2 Hipótesis de la investigación.**

#### **3.2.1 Hipótesis general:**

- Las estudiantes mujeres presentan mayor nivel de depresión que los estudiantes varones del primer año de la Facultad ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca- 2016.

#### **3.2.2. Hipótesis específicas:**

- Las estudiantes mujeres presentan mayor nivel de depresión en el área afectiva que los estudiantes varones del primer año de la Facultad ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca- 2016.
- Las estudiantes mujeres presentan mayor nivel de depresión en el área motivacional que los estudiantes varones del primer año de la Facultad ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca- 2016.
- Las estudiantes mujeres presentan mayor nivel de depresión en el área cognitivo que los estudiantes varones del primer año de la Facultad ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca- 2016.
- Las estudiantes mujeres presentan mayor nivel de depresión en el área conductual que los estudiantes varones del primer año de la Facultad ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca- 2016.
- Las estudiantes mujeres presentan mayor nivel de depresión en el área físico que los estudiantes varones del primer año de la Facultad ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca- 2016.

### **3.3 Operacionalización de variable.**

**Tabla 1.** Operacionalización de la variable depresión, Inventario de Depresión de Beck

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	MEDICIÓN	PUNTUACIÓN
DEPRESIÓN	Área afectiva	Tristeza	1	No depresión 0-9
		Culpa	5	
		Llanto	10	
		Irritabilidad	11	
	Área motivacional	Insatisfacción	4	Leve 10-18
		Ideas suicidad	9	
	Área Cognitiva	Pesimismo frente al futuro	2	Moderada 19-29
		Sensación de fracaso	3	
		Expectativa de castigo	6	
		Auto disgusto	7	
		Indecisión	13	
		Auto imagen deformada	14	
		Preocupaciones somáticas	20	
	Área Conductual	Auto acusaciones	8	Grave 30--
		Alejamiento social	12	
		Retardo para trabajar	15	
	Área Física	Fatigabilidad	17	
		Perdida de sueño	16	
		Pérdida de apetito	18	
		Pérdida de peso	19	
		Perdida de deseo sexual	21	



### **3.4 Delimitación geográfica y temporal.**

El estudio se llevó a cabo en la Región Puno en la provincia San Román, específicamente en la Universidad Peruana Unión - filial Juliaca en la Facultad Ciencias de la Salud, esta Institución se encuentra en Carretera Arequipa Km. 6.0 Chullunquiari, quienes brindan los servicios de enseñanza a nivel Universitario, en turnos diurnos.

### **3.5 Población y muestra.**

#### **3.5.1 Población:**

La población de estudio fueron los estudiantes del primer año de la facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca, que consta de 174 estudiantes matriculados, formado por 45 varones y 129 mujeres, de los cuales solo se quedó con una población de 116 estudiantes, obteniendo resultados de 87 estudiantes mujeres y 29 estudiantes varones, debido a que se descartó algunas pruebas, ya que sus edades sobrepasaban de la edad correspondiente de los adolescentes que consta de los 11 hasta los 19 años y también por inasistencia de estudiantes el día del levantamiento de datos.

### **3.6 Instrumento de recolección de datos.**

El Inventario de Depresión de Beck fue creado por Aron Beck, siendo el principal autor, con la colaboración de: Robert A. Steer y Gregory k. Brown. Publicaron la prueba en el año de 1961, la revisión en español fue realizada en el año 2011. Cuyo fin es medir la sintomatología depresiva y su aproximación a juicio. La teoría que maneja esta prueba es del modelo cognitivo de la depresión; surgiendo de las observaciones clínicas sistemáticas de investigaciones (Beck, 1963, 1964, 1967). La población a la cual va dirigida la evaluación es de individuos 13 años en adelante (adolescentes y adultos). Su administración es Individual, colectiva y autoadministrable. Cuenta con un tiempo de 10 a 15 minutos. se puede aplicar en las áreas de clínica, forense, y neuropsicología para la administración de esta prueba es

necesario el manual y protocolos. Está conformada por 21 categorías de síntomas o actitudes, cada una de ellas es una manifestación, en algunas categorías existen dos alternativas de respuestas y se les divide en a y b para indicar que se encuentran en el mismo nivel, cada ítem presentan una puntuación que va desde (0) a tres (3).

**Tabla 2** *Baremos de la variable depresión*

0-10	No depresión
11-20	Leve
21-30	Moderada
31 a más	Grave

### **3.6.1 Propiedades Psicométricas de la prueba**

#### **3.6.1.1 Validez**

La validez del Inventario de Depresión Beck, se empezó tratando brevemente un estudio experimental antes de pasar a otros métodos. En el año de 1977, Beck, Kovacs & Hollan, estudiaron a cuarenta y cuatro pacientes externos que acudieron a consulta por propia iniciativa y satisfacción de criterios establecidos para el diagnóstico de Neurosis Depresiva (DSM III), estos pacientes presentan una depresión de moderada a intensa, (según el inventario de Beck).

El grupo se dividió en dos partes: El primer grupo conformado por dieciocho pacientes asignados a la terapia cognitiva y el segundo por veinticuatro pacientes asignados a terapia farmacológica, finalizado el tratamiento, ambos grupos mostraron una reducción significativa de la sintomatología depresiva.

Con respecto a la correlación con otras pruebas, en el Perú Novara, Sotillo & Wharton (1985, citado por Pimentel, 1996), realizaron un estudio en una muestra de ciento setenta y ocho pacientes con diagnóstico de depresión, utilizando la escalas de Zung, & Hamilton y el inventario de Beck ; utilizaron un grupo control de cuarenta y nueve pacientes correlacionaron entre sí a las tres pruebas, la correlación entre Beck y la escala de Hamilton fue de 0.72 y la de Beck con la escala de Zung fue de 0.76; coeficientes altamente significativos.

En el Hospital Militar Central se llevó a cabo un estudio de correlación entre ambas escalas de Beck y Zung en una muestra de quince pacientes con diagnóstico de depresión, encontrando una correlación entre ambas escalas de 0.78. La correlación de Beck con el diagnóstico psiquiátrico también fue realizado por Novara, Sotillo y Wharton (1985), hallando una correlación de 0.75. Los resultados de los estudios citados permiten decir que el inventario de Beck tiene una validez satisfactoria y es útil para los propósitos para lo que fue elaborada.

### **3.6.1.2 Confiabilidad**

Las estimaciones de la confiabilidad están en relación al respecto que se asume como causante de error de medición, es por ello que encontramos los siguientes tipos de confiabilidad.

- a. Estabilidad y Consistencia de los puntajes a través del tiempo.
- b. Equivalencia. Consistencia en los puntajes en dos formas equivalentes de la prueba.
- c. Consistencia interna evalúa el grado en que los ítems de un test están relacionados con el puntaje total Brown (1980, citado por Pimentel, 1996), esta última forma se caracteriza por ser obtenido a través de una sola aplicación de la prueba calculada con las técnicas de separación por mitades (Holt Split Method), o estimaciones de homogeneidad (formulas: Kuder, Richardson o Coeficiente Alfa de Cronbach).

Por otra parte, se llevó a cabo un estudio de Confiabilidad en el Hospital Militar Central, que si bien es hecho en una muestra pequeña y que no permite una generalización, si nos arroja luces sobre la confiabilidad de este Instrumento, se administró el Inventario de Beck en quince pacientes con diagnóstico depresivo y luego se realizó un retest con un intervalo de una semana, obteniendo un coeficiente de 0.80. Así mismo con los datos de la primera administración se calculó la consistencia interna con el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de 0.81.

Los resultados glosados posibilitan decir que el Inventario de Beck tiene una Confiabilidad bastante aceptable.

### **3.7 Procedimiento**

Una vez identificada la población, (estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud), se realizó la coordinación con los encargados de cada escuela de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca, para contar con la autorización y el permiso correspondiente y dar ejecución del proyecto (aplicación del inventario de depresión de Beck). Obtenida dicha autorización se coordinó los horarios para la aplicación del instrumento en la respectiva muestra, pasado este proceso se aplicó el inventario de depresión de Beck.

### **3.8 Análisis de datos**

La información se recogió mediante el inventario de depresión de Beck. Para realizar el análisis estadístico de los datos de depresión, se utilizó el paquete estadístico Statistical Package For The Social (SPSS) 20.0 para Windows. Las hipótesis se probaron mediante el procedimiento prueba T para muestras independientes (comparación de muestras independientes).

## **CAPITULO IV**

### **4.1 Presentación de resultados**

Luego de la calificación y tabulación de los resultados obtenidos mediante el inventario de depresión de Beck aplicado a los alumnos del primer año de la facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca, se procedió a proceso y análisis de la información recolectada haciendo uso del paquete estadístico SSPSS versión 19, obteniendo los siguientes resultados.

### **4.2 En relación a la hipótesis general**

#### **4.2.1 Nivel de depresión que presentan los estudiantes del primer año.**

La tabla 3 muestra el nivel de depresión de Beck que presentan los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la facultad ciencias de Salud de forma general, se evidencia que los estudiantes varones presentan mayor porcentaje en cuanto al nivel de no hay depresión (51,7%) a diferencia de las estudiantes mujeres quienes presentan un mayor porcentaje en el nivel de depresión leve (47,1%), los porcentajes menores se encuentran en un nivel de depresión severa con (3,4%) y (6,9%) en los estudiantes varones y estudiantes mujeres respectivamente.

**Tabla 3** Nivel de depresión que presentan los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud-2016

		Sexo			
		Mujer	Varón	Total	
Depresión general	No hay depresión	Recuento	23	15	38
		% dentro de sexo	26,4%	51,7%	32,8%
Depresión leve		Recuento	41	11	52
		% dentro de sexo	47,1%	37,9%	44,8%
Depresión moderada		Recuento	17	2	19
		% dentro de sexo	19,5%	6,9%	16,4%
Depresión severa		Recuento	6	1	7
		% dentro de sexo	6,9%	3,4%	6,0%
Total		Recuento	87	29	116
		% dentro de sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Resultado del inventario de depresión de Beck aplicado a los estudiantes del primer año de la Facultad ciencias de la Salud

#### 4.2.2 Prueba de hipótesis de comparaciones de medias para depresión

La tabla 4 muestra las estadísticas correspondientes al nivel de depresión de forma general que presentan los estudiantes del primer año, se aprecia que las estudiantes mujeres nos muestran que las medias se ubican en (2,0690); y los estudiantes varones (1.6207), la desviación típica es menor en los estudiantes varones (,77523) frente a las estudiantes mujeres (,85987), indicando que los resultados son más homogéneos en los estudiantes varones en comparación con las estudiantes mujeres del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud.

**Tabla 4** Estadísticos de grupo para el nivel de depresión que presentan los estudiantes del primer año de la facultad Ciencias de la Salud.

	Sexo	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Depresión General	Mujer	87	2,0690	,85987	,09219
	Varón	29	1,6207	,77523	,14396

Los estadísticos de la prueba de hipótesis para medias independientes muestran en valor de significancia de .014, valor que se encuentra por debajo de .05; es decir, que a un nivel de significancia del 5% existe diferencias en el nivel de depresión en los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la facultad ciencias de la Salud, las estudiantes mujeres presentan mayores niveles de depresión en comparación a los estudiantes varones del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud (tabla 5)

**Tabla 5** Prueba de hipótesis General para muestras independientes.

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Depresión General	Se asumen varianzas iguales	,010	,919	2,489	114	,014	,44828	,18009	,09152	,80503
	No se asumen varianzas iguales			2,622	52,784	,011	,44828	,17094	,10537	,79118



### 4.3 En relación a la primera hipótesis específica

#### 4.3.1 Nivel de depresión en el área afectiva

Los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la facultad ciencias de Salud evidencian que su mayores porcentajes se encuentran en el nivel de no hay depresión (69,0%) y (40,2%) respectivamente, seguido del nivel de depresión leve (24,1%) para los estudiantes varones y (31.0%) en estudiantes mujeres, vemos que esta área afectiva en el nivel de depresión moderada hay un 0% en los estudiantes varones a diferencia de las estudiantes mujeres quienes evidencian un 18,4%. (Tabla 6)

**Tabla 6** Nivel de depresión en el área Afectiva que presentan los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultada ciencias de la Salud-2016

		Sexo			
		Mujer	Varón	Total	
Área Afectiva	no hay depresión	Recuento	35	20	55
		% dentro de sexo	40,2%	69,0%	47,4%
	depresión leve	Recuento	27	7	34
		% dentro de sexo	31,0%	24,1%	29,3%
	depresión moderada	Recuento	16	0	16
		% dentro de sexo	18,4%	,0%	13,8%
	depresión severa	Recuento	9	2	11
		% dentro de sexo	10,3%	6,9%	9,5%
Total		Recuento	87	29	116
		% dentro de sexo	100,0%	100,0%	100,0%

#### 4.3.2 Prueba de hipótesis de comparaciones de medias para el área afectiva

La tabla 7 muestra las estadísticas correspondientes para la media de área afectiva que presentan los estudiantes del primer año, se aprecia que las estudiantes mujeres muestran una media de (1,9885) y los estudiantes varones muestran una media de (1,4483). La desviación típica es menor en los estudiantes varones (0,82748) frente a las estudiantes mujeres (1,9885), indicando que los resultados son más homogéneos en los estudiantes varones.

**Tabla 7** Estadísticos de grupo para nivel de depresión en el área afectiva que presentan los estudiantes del primer año.

	sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Área Afectiva	Mujer	87	1,9885	1,00573	,10783
	Varón	29	1,4483	,82748	,15366

Los estadísticos de la prueba de hipótesis para medias independientes muestran un valor de significancia de .010, valor que se encuentra por debajo de .05; es decir, que a un nivel de significancia del 5% las estudiantes mujeres presentan mayor nivel de depresión en el área afectivo que los estudiantes varones del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud (Tabla 8).

**Tabla 8** Prueba de hipótesis de muestras independientes para nivel de depresión en área afectiva

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Área Afectiva	Se han asumido varianzas iguales	1,941	,166	2,611	114	,010	,54023	,20692	,13033	,95013
	No se han asumido varianzas iguales			2,878	57,801	,006	,54023	,18772	,16445	,91601

#### 4.4 En relación a la segunda Hipótesis específica

##### 4.4.1 Nivel de depresión en el área motivacional

Los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la facultad ciencias de Salud evidencian que su mayores porcentajes se encuentran en el nivel de no hay depresión (82,8%) y (78,2%) respectivamente, seguido del nivel de depresión leve (10,3%) para los estudiantes varones a diferencia de las mujeres (11.5%) en el nivel de depresión moderada.

(Tabla 9)

**Tabla 9** Nivel de depresión en el área motivacional que presentan los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultada Ciencias de la Salud-2016

		Sexo			
		Mujer	Varón	Total	
Área Motivacional	no hay depresión	Recuento	68	24	92
		% dentro de sexo	78,2%	82,8%	79,3%
	depresión leve	Recuento	7	3	10
		% dentro de sexo	8,0%	10,3%	8,6%
	depresión moderada	Recuento	10	2	12
		% dentro de sexo	11,5%	6,9%	10,3%
Total	depresión severa	Recuento	2	0	2
		% dentro de sexo	2,3%	,0%	1,7%
Total		Recuento	87	29	116
		% dentro de sexo	100,0%	100,0%	100,0%

##### 4.4.2 Prueba de hipótesis de comparación de medias para el área motivacional

La tabla 10 muestra las estadísticas correspondientes para la media del área motivacional que presentan los estudiantes del primer año, se aprecia que las estudiantes mujeres muestran una media de (1,3793) y los estudiantes varones muestran una media de (1,2414). La desviación típica es menor en los estudiantes varones (0,57664) frente a las estudiantes

mujeres (0,78119), indicando que los resultados son más homogéneos en los estudiantes varones en comparación con las estudiantes mujeres.

**Tabla 10** Estadísticos de grupo para nivel de depresión en el área motivacional que presentan los estudiantes del primer año.

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Área	Mujer	87	1,3793	,78119	,08375
Motivacional	Varón	29	1,2414	,57664	,10708

Los estadísticos de la prueba de hipótesis para medias independientes muestran un valor de significancia de .384, valor que se encuentra por encima de .05; es decir, que a un nivel de significancia del 5% es decir que las estudiantes mujeres no presentan mayor nivel de depresión en el área motivacional en comparación con los estudiantes varones del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud (Tabla 11).

**Tabla 11** Prueba de hipótesis de muestras independientes para nivel de depresión en área motivacional.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Área Motivacional	Se han asumido varianzas iguales	3,490	,064	,874	114	,384	,13793	,15787	-,17480	,45066
	No se han asumido varianzas iguales			1,015	64,838	,314	,13793	,13594	-,13358	,40944

#### 4.5 En relación a la tercera hipótesis específica.

##### 4.5.1 Nivel de depresión en el área cognitiva.

Los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la facultad ciencias de Salud evidencian que su mayores porcentajes se encuentran en el nivel de no hay depresión (69,0%) y (44,8%) respectivamente, seguido del nivel de depresión leve (27,6%) para los estudiantes varones y (31,0%) en mujeres, en cuanto al nivel de depresión moderada vemos un (0,0%) en los estudiantes varones a diferencia de las estudiantes mujeres quienes evidencian un (18,4%), a nivel de depresión severa vemos que solo hay un (3,4%) y (5,7%) tanto para hombres como para mujeres respectivamente (Tabla 12).

**Tabla 12** Nivel de depresión en el área Cognitiva que presentan los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultada Ciencias de la Salud-2016

		Sexo			
		Mujer	Varón	Total	
Área Cognitiva	no hay depresión	Recuento	39	20	59
		% dentro de sexo	44,8%	69,0%	50,9%
	depresión leve	Recuento	27	8	35
		% dentro de sexo	31,0%	27,6%	30,2%
	depresión moderada	Recuento	16	0	16
		% dentro de sexo	18,4%	,0%	13,8%
	depresión severa	Recuento	5	1	6
		% dentro de sexo	5,7%	3,4%	5,2%
Total		Recuento	87	29	116
		% dentro de sexo	100,0%	100,0%	100,0%

##### 4.5.2 Prueba de hipótesis de pruebas no paramétricas para el área cognitiva

Los estadísticos de la prueba de hipótesis de pruebas no paramétricas para medias independientes muestran un valor de significancia de .011, valor que se encuentra por debajo de .05; es decir, que a un nivel de significancia del 5% es decir que las estudiantes mujeres

presentan mayor nivel de depresión en el área cognitiva en comparación con los estudiantes varones del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud (Tabla 13)

**Tabla 13** *Prueba de hipótesis mediante la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes para nivel de depresión en área cognitiva*

	Prueba U de Mann-Whitney	Prueba de Kolmogorov-Smirnov
Área Cognitiva	.011	.159

#### **4.6 En relación a la cuarta hipótesis específica**

##### **4.6.1 Nivel de depresión en el área conductual**

Los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la facultad ciencias de Salud evidencian que su mayores porcentajes se encuentran en el nivel de no hay depresión (72,4%) y (52,9%) respectivamente, seguido del nivel de depresión leve (7%) para los estudiantes varones y (21,8%) en mujeres, en cuanto al nivel de depresión moderada vemos un (0,0%) en los estudiantes varones a diferencia de las estudiantes mujeres quienes evidencian un (12.6%), a nivel de depresión severa vemos que solo hay un (3,4%) en varones a comparación de las mujeres y (12,6%), (Tabla 14).



**Tabla 14** Nivel de depresión en el área Conductual que presentan los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad ciencias de la Salud-2016

		Sexo			
		Mujer	Varón	Total	
Área Conductual	no hay depresión	Recuento	46	21	67
		% dentro de sexo	52,9%	72,4%	57,8%
	depresión leve	Recuento	19	7	26
		% dentro de sexo	21,8%	24,1%	22,4%
	depresión moderada	Recuento	11	0	11
		% dentro de sexo	12,6%	,0%	9,5%
	depresión severa	Recuento	11	1	12
		% dentro de sexo	12,6%	3,4%	10,3%
Total		Recuento	87	29	116
		% dentro de sexo	100,0%	100,0%	100,0%

#### 4.6.2 Prueba de hipótesis de pruebas no paramétricas para el área conductual

Los estadísticos de la prueba de hipótesis de pruebas no paramétricas para medias independientes muestran un valor de significancia de .027, valor que se encuentra por debajo de .05; es decir, que a un nivel de significancia del 5% es decir que las estudiantes mujeres presentan mayor nivel de depresión en el área conductual en comparación con los estudiantes varones del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud (Tabla 15)

**Tabla 15** Prueba de hipótesis mediante la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes para nivel de depresión en área Conductual

	Prueba U de Mann-Whitney	Prueba de Kolmogorov-Simirnov
Dimensión Conductual	.027	.251

## 4.7 En relación a la quinta hipótesis específica

### 4.7.1 Nivel de depresión en el área física

Los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la facultad ciencias de Salud evidencian que su mayores porcentajes se encuentran en el nivel de no hay depresión (48,3%) y (41,4%) respectivamente, seguido del nivel de depresión leve (34,5%) para los estudiantes varones y (28,7%) en mujeres, en cuanto al nivel de depresión moderada vemos un (13,8%) en los estudiantes varones a diferencia de las estudiantes mujeres quienes evidencian un (20,7%), a nivel de depresión severa vemos que solo hay un (3,4%) en varones a comparación de las mujeres (9,2%), (Tabla 16).

**Tabla 16** Nivel de depresión en el área física que presentan los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultada ciencias de la Salud-2016.

		sexo			
		Mujer	Varón	Total	
Área Física	no hay depresión	Recuento	36	14	50
		% dentro de sexo	41,4%	48,3%	43,1%
	depresión leve	Recuento	25	10	35
		% dentro de sexo	28,7%	34,5%	30,2%
	depresión moderada	Recuento	18	4	22
		% dentro de sexo	20,7%	13,8%	19,0%
	depresión severa	Recuento	8	1	9
		% dentro de sexo	9,2%	3,4%	7,8%
Total		Recuento	87	29	116
		% dentro de sexo	100,0%	100,0%	100,0%

### 4.7.1 Prueba de hipótesis de comparaciones de medias para el área física

La tabla17 muestra las estadísticas correspondientes para la media del área física que presentan los estudiantes del primer año, se aprecia que las estudiantes mujeres muestran una media de (1,9770) y los estudiantes varones muestran una media de (1,7241). La desviación

típica es menor en los estudiantes varones (0,84077) frente a las estudiantes mujeres (0,99973), indicando que los estudiantes varones presentan resultados más homogéneos en comparación con las estudiantes mujeres.

**Tabla 17** Estadísticos de grupo para nivel de depresión en el área conductual que presentan los estudiantes del primer año.

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Área Física	Mujer	87	1,9770	,99973	,10718
	Varón	29	1,7241	,84077	,15613

Los estadísticos de la prueba de hipótesis para medias independientes muestran un valor de significancia de .023, valor que se encuentra por encima de .05; es decir, que a un nivel de significancia del 5% indica que las estudiantes mujeres no presentan mayor nivel de depresión en el área física en comparación con los estudiantes varones del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud (Tabla 18).

**Tabla 18** Prueba de hipótesis de muestras independientes para nivel de depresión en área Física.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Área Física	Se han asumido varianzas iguales	,855	,357	1,224	114	,023	,25287	,20652	-,15623	,66198
	No se han asumido varianzas iguales			1,335	56,524	,187	,25287	,18938	-,12642	,63216

#### **4. 8 Análisis e interpretación (o discusión) de los resultados**

Los resultados expuestos, reflejan el panorama actual de la situación de los estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud. Los resultados de los niveles de depresión nos muestran que existen diferencias en el nivel de depresión en estudiantes mujeres y estudiantes varones, presentando mayores niveles de depresión las estudiantes mujeres.

Los resultados mostrados en la tabla 5 cinco muestran que existen diferencias en el nivel de presión en estudiantes varones y estudiantes mujeres, es decir que las estudiantes mujeres muestran mayores niveles de depresión que los estudiantes varones. Como vemos, investigaciones anteriores dan a conocer similares resultados, un estudio realizado en la ciudad de Medellín a adolescentes de 9 a 19 años, a quienes se les aplicó la escala de depresión de Medellín, se vio que había una diferencia significativa en cuanto a niveles de depresión, las mujeres presentaban un 13,9% nivel de depresión a diferencia de los varones quienes solo presentaban un 9,3%. (Hoyos, Lenos & torres, 2012). Así también lo muestra otro estudio realizado en la ciudad México, se encuentra que las mujeres presentan más síntomas depresivo (17,9%), a diferencia de las varones (11.1%) (Gozales-Fortza, et al., 2011).

El nivel de depresión en cada área se refleja de la siguiente manera: La tabla 6 muestra que las estudiantes mujeres presentan mayor nivel de depresión en el área afectivo, es decir que la manifestación de tristeza, sentimientos de culpa, llanto e irritabilidad se da más en las mujeres. Los niveles anormales de determinadas hormonas pueden desencadenar una depresión, en caso de las mujeres se ve que en la adolescencia hay un desarrollo hormonal, como la fluctuación de hormonas femeninas: estrógenos y progesterona, esto está asociado con sus cambios de estado de ánimo, entre ellos la depresión. La hormona sexual principal

para la fertilidad y el embarazo es la progesterona y esta necesaria en el cuerpo de la mujer para mantener sus ciclos menstruales; sin embargo estas hormonas progesterona aumenta y caen durante todo el ciclo menstrual, si esta cae conduce a aumentos de peso, cambios en el apetito, irritabilidad, dificultad para concentrarse, sentimientos depresivos (Keefer, 2013).

Los resultados de la tabla 9 afirman que, las estudiantes mujeres no presentan mayor nivel de depresión en el área motivacional en comparación con los estudiantes varones del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud, siendo así no hay diferencias en esta área, al hablar de síntomas motivacionales nos referimos a los indicadores como apatía, anhedonia, disminución de la capacidad del disfrute, ganas de abandonar el estudio, estos síntomas pueden llevarlo a ideas suicidas y mucha insatisfacción. Un estudio del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos habla de los adolescentes tanto hombres como mujeres, afirmando que, cuatro de cada diez adolescentes en algún momento “se han sentido tan tristes que han llorado y han deseado alejarse de todo y de todos”. En el transcurso de su adolescencia, uno de cada cinco adolescentes piensa que la vida no merece la pena vivirla y se han planteado el suicidio como una opción. Estos frecuentes sentimientos pueden dar lugar a un estado depresivo que puede no ser evidente para los demás (Craig & Baucum, 2009).

Los resultados mostrados en la tabla 13 indican que las estudiantes mujeres presentan mayor nivel de depresión en el área cognitiva en comparación con los estudiantes varones, el pesimismo frente al futuro, sensación de fracaso, expectativa de castigo, auto disgusto indecisión, preocupaciones somáticas, auto acusaciones, auto imagen deformada son parte de esta área. Han demostrado que hay un predominio en la tasa de depresión femenina, esto se debe a la cantidad de síntomas somáticos que exhiben ellas en comparación con el varón (Piccnelli & Wilkinson, 2000). Así también el clima social influye en gran manera, las

mujeres al deprimirse buscan como causa sus propios errores, a diferencia del hombre quien suele buscar causa a fuentes externas (Joiner & Blalock, 1995). Todos estos factores socioculturales contribuyen a diferentes tipos de cognición y personalidad, por ejemplo, vivir sin apoyo, recordar reiteradamente sucesos negativos, poseer un auto concepto pobre y considerarse con tendencias al fracaso, predisponen a las mujeres a la depresión (Widiger & Spitzer, 1991).

Los resultados de la tabla 15, muestran que las estudiantes presentan mayor nivel de depresión en el área conductual en comparación con los estudiantes varones del primer año de la Facultad ciencias de la Salud, esto hace referencia a la forma de actuar, (alejamiento social, retardo para el trabajo, fatigabilidad). La tendencia de las mujeres a reportar más síntomas de depresión que los hombres puede ser responsable de su mayor probabilidad de cumplir con los criterios para un trastorno depresivo, mientras que los varones utilizan alcohol y otras sustancias para disminuir los síntomas (Angst; citando en Gaviria y Silvia, 2009). Siendo así afirma Thayer, Newman y McClain (citado en Garay, 2005) que una mujer para regular su estado de ánimo puede utilizar técnicas más pasivas como encerrarse, no hablar con nadie y llorar, en cambio el varón utiliza técnicas más activas donde le proporcionen placer y distracción como practicar un deporte que le guste salir.

Finalmente vemos el cuadro 18 en donde observamos claramente que las estudiantes mujeres presentan mayor nivel de depresión en el área física en comparación con los estudiantes varones del primer año de la facultad Ciencias de la Salud, aclarando que este núcleo comprende la pérdida del apetito, sueño y deseo sexual, volvemos a ver a Piccnelli & Wilkinson (2000), quienes han demostrado que hay un predominio en la tasa de depresión femenina, esto se debe a la cantidad de síntomas somáticos que exhiben ellas en

comparación con el varón. Las mujeres reportan más frecuentemente trastornos del apetito y del sueño. Cansancio, ansiedad e hipocondría.

Estos diferentes autores estarían avalando los resultados obtenidos de la diferencia de nivel de depresión que presentan las estudiantes adolescentes mujeres y hombres.



## CAPITULO V

### 5.1 Conclusiones y Recomendaciones

En el presente trabajo de investigación descriptiva comparativa, se realizó tomando como población a los estudiantes del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, ubicadas en la provincia de san Román, arribando a las siguientes conclusiones.

**Primera.-** A un nivel de significancia del 5% las estudiantes mujeres del primer año presentan mayores niveles de depresión que los estudiantes varones del primer año de la facultada Ciencias de la Salud ( $\text{sig}=.014$ ). Por lo tanto se acepta la hipótesis general de la investigación.

**Segunda.-** A un nivel de significancia 5% las estudiantes mujeres del primer año presentan mayor nivel de depresión en el área afectivo que los estudiantes varones del primer año de la Facultad ciencias de la Salud ( $\text{sig}=.010$ ). Por lo tanto se Acepta la primera hipótesis específica de la investigación.

**Tercera.-** A un nivel de significancia de 5% las estudiantes mujeres de primer año no presentan mayor nivel de depresión en el área motivacional en comparación con los estudiantes varones de la Facultad Ciencias de la Salud ( $\text{Sig}=.384$ ). Por lo tanto se rechaza la segunda hipótesis específica de investigación.

**Cuarta.-** A un nivel de significancia 5% las estudiantes mujeres presentan mayor nivel de depresión en área cognitiva en comparación con estudiantes varones del primer año de la

Facultad Ciencias de la Salud ( $\text{sig}=.011$ ). Por lo tanto se Acepta la Tercera hipótesis específica de la Investigación.

**Quinta.**- A un nivel de significancia 5% las estudiantes mujeres presentan mayor nivel de depresión en área conductual en comparación con los estudiantes varones del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud ( $\text{sig}=.027$ ). Por lo tanto se acepta la cuarta hipótesis específica de la investigación.

**Sexta.**- A nivel de significancia 5% las estudiantes mujeres no presentan mayor nivel de depresión en el área física en comparación con los estudiantes varones del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud ( $\text{sig}=.023$ ). Por lo tanto se acepta la quinta hipótesis específica de la investigación.

## **5.2 Recomendaciones**

Es necesario tener en cuenta que los resultados obtenidos viene de un grupo adolescente quienes se encuentran en factores influyentes al desarrollo de una depresión, lo cual necesitan un horizonte de investigación mayor quizás con otras herramientas de evaluación, para dar una intervención más acertada a las necesidades de este grupo etario.

Primero tomar en cuenta los resultados obtenidos para tener una base de datos del porcentaje estudiantes del primer año que presentan un nivel de depresión.

La mayoría de los adolescentes se encuentran en una depresión leve, lo cual se recomienda intervenir con algunos talleres a partir de la terapia cognitiva de Beck, enfocando pensamientos negativos que experimentan y referidas al futuro, esto aportará a nuestra facultad para tener Profesionales de salud capaces de enfrentar diferentes situaciones en la vida y tener un mejor desarrollo académico.

Realizar cursos, talleres donde se les ayude expresar sus emociones y de esa manera reducir los síntomas depresivos.

Se encuentra en los resultados que las mujeres son quienes presentan mayor nivel de depresión; sin embargo no es indiferente en los hombres ya que son ellos quienes lo afrontan de diferente manera, por esta razón es necesario realizar intervención por separado, de igual manera las mujeres, digiriéndonos específicamente al manejo de depresión en ambos sexos.

Para los adolescentes quienes no tienen niveles de depresión se recomienda realizar un eje de prevención para no caer en la depresión.

## Referencias

- Aguirre, B. Antropología de la depresión. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8(3).  
 Obtenido de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482008000300002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000300002)
- Almudena Garcia, A. (2016). La depresión en Adolescentes. *La salud mental de las personas Jovenes: Revista de estudios de juventud*, 83.
- Álvaro, J., Garrido, A., & Schweiger, I. (2010). Causas Sociales de la depresión. *Revista internacional de Sociología*, 68(2), 333-348. doi:10.3989/ris.2008.06.08
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual de Diganostico y estadístico de los trastornos mentales* (4ta ed) . España: Masson.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fourth Edition*. España: Masson.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, v., Lozano, T.,(2004) Caracterización de la depresión en Jóvenes Universitarios. *Pontifici Universidad Javeriana - Cali. Universitas. Psychological, Bogotá*. Colombia. 3(1), 17-26, Obtenido de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/inicio/ArtPsfRed.jsp?.iCve=64730103>
- Beck, & Ellis. (s.f.). *la terapia cognitiva de A. Beck*. Obtenido de <http://www.redsanar.org/drfobia/Terapias/manual2b.htm>
- Beck, A., Steer, R., GK, Brown (2006). *Inventario de Depresión de Beck*. Argentina. Paidos.
- Belk, & Snell. (1989). *Stereotypic beliefs about women as moderators of stress-distress relationships. Journal of clinical Psychology*, 665-672. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2768507>
- Blum, R. (2000). *Un mundo Conceptual de salud del adolescente*. México: Mc Graw Hill.

- Boggiano, A. k., & Barret, M. (1991). *Gender differences in depression in college students*. En *Sex Roles* (págs. 595-605). Obtenido de <http://link.springer.com/article/10.1007%2F00289566#page-1>
- Beck citCraig, G., & Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico*. (9na ed). México: Pearson.
- Caballo, V. (2006). *Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos*. España: Pirámide.
- Calderón, G. (1999). *Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. Méjico: Trillas.
- Campbell, S., & Palma, M. (s.f.). *Explicación Psicoanalítica de la Depresión* [Mensaje blog]. Obtenido de [http://www.ehowenespanol.com/explicacion-psicoanlitica-depresion-hechos\\_130365/](http://www.ehowenespanol.com/explicacion-psicoanlitica-depresion-hechos_130365/)
- Carre, J. (18 de agosto de 2014). *Descubre cómo afecta la testosterona al cerebro de los hombres*. Omicro/ciencia. Obtenido de <http://www.omicrono.com/2014/08/descubren-como-afecta-la-testosterona-al-cerebro-de-los-hombres/>
- Carrillo, W. (27 de febrero de 2008). *El 21% de los niños peruanos sufre de depresión, advierte director de hospital Honorio Delgado-Hideyo Noguchi*. Andina. Obtenido de <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-el-21-los-ninos-peruanos-sufre-depresion-advierte-director-hospital-honorio-delgadohideyo-noguchi-163107.aspx>
- Centro de psicología Aaron Beck. (s.f.). *Tratamiento psicológico de la depresión*. Obtenido de [cpaaronbeck.com: http://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/depresion.html](http://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/depresion.html)

Cova, F., Alvial, w., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M., & Rodríguez, C. (2007).

*Problemas de la salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción.*

*Terapia Psicológica*, 25(2), 105-112.

Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (julio de 2002). *La depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. Revista de terapia Cognitvio conductual*(3).

Deaux, K. (1984). *Fron individual Diferences to social categories: Analysis of a decade's Research on gender.* *Amerian Psychologist*, 39(2), 105-116.

Días da Costa, N. (5 de febrero de 2011). *I Trimestre "La Biblia y las emociones"*. Recurso de escuela Sabática. Obtenido de

<http://www.escuelasabatnica.cl/2011/tri1/lecc7/2011-01-07ComentarioCPB.pdf>

Díaz, N. L. (2012). *Depresión y Factores Asociados en Estudimates de la Universidad*

*Nacional de colombia* (tesis de Pregrado, Universidad Nacional de colombia, Colombia). Obtenido de

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.bdigital.unal.edu.co/6947/1/458553.2012.pdf>

Díaz, C., Díaz, M., Linares, S., & Robinson, A. (2013). *Prevalencia de Trastornos*

*Depresivos en la Población de estudiantes de último de la carrera de medicina de la Universidad latina de Panamá.* Universidad Latina de Panamá, Panamá.

Obtenido de

<http://fcms.ulat.ac.pa/es/investigaciones/Depresion%20Estudiantes%20Graduandos.pdf>

Díaz, B., & Gonzáles, C. (abril-junio de 2012). *Actualidades en neurobiología de la depresión.* *Revista latinoamericana de Psiquiatría*, 11(3), 106-115

- Dorregary, J. (2005). *Niveles de Depresión en adolescente de 5° grado de un colegio nacional* (tesis de pregrado, Universidad Nacional de Lima, Perú).
- Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. (2003). Ministerio de protección Social. Obtenido de: <http://minproteccion-social.gov.co/Documentos%20yPublicaciones/Forms/DispForm.aspx?ID=15>
- Fernandez, L. (16 de diciembre de 2013). Puno registra 556 intentos de suicidio el presente año. *la Republica.pe*. Obtenido de <http://larepublica.pe/16-12-2013/puno-registra-556-intentos-de-suicidio-el-presente-ano>
- Florez, R., Jimenez, D., Hernandez, S., Ramires, P., & Vega, C. ( 2007). Depresión y Ansiedad En Estudiantes Universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Istacala*, 10(2), 94-104. Obtenido de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/viewFile/19112/18139>
- Garay, J. (2005). *Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tiene un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado* (tesis de Doctorado, Universidad Iberoamericana, México)
- Gaviria, A., & Silvia, L. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres?. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 317.
- Gaviria, A. & Silvia, L. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? . *Revista colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 316-324.
- Gemma, M. (2011). Depresión: Factores biológicos. Obtenido de <http://www.onmeda.es/enfermedades/depresion-causas-factores-biologicos-1538-4.html>

- González-Forteza, C., Solís, C., Jiménez, A., Hernández, I., González, A., & Juárez, F. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior. *Salud mental*, 34(1), 53-59.
- Gorestegui, M. (2004). *Genero y autoconcepto: Analisis comparativo de las diferencias por sexo en una muestra de niños de E:G:B: 1992 y 2003*. Universidad de Chile. Chile.
- Grinberg, L. (1983). *Culpa y Depresión un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (sf). *Bases Neuroquímicas de la depresión*. Departamento de Fisiología. Facultad de Medicina. UNAM.
- Guillermo, M. (2010). Riesgo de depresión en estudiantes del programa de enfermería de la universidad libre de pereira. *Cultura del cuidado Enfermería*, 7(2), 15-27.
- Hernandez, R., Fernandez, & Batista. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hoyos, E., Lemos, M., & Torres, Y. (2012). Factores de Riesgo Y Protección de la Depresión en los Adolescentes de la ciudad de Medellín. *International Journal Of Psychological Research*, 5(1), 109-121.
- Instituto Nacional de Salud mental. (s.f.). La depresión. Obtenido de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/1.html>
- Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN). (2014). Padres de Familia a signos de depresión. Obtenido de <http://www.insn.gob.pe/content/advierten-padres-de-familia-estar-alertas-signos-de-depresi%C3%B3n-en-sus-hijo>
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2009). Depresión y enfermedad Cardiaca. Obtenido de [http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresierta a Signoson/depresion\\_38791.pdf](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresierta%20a%20Signoson/depresion_38791.pdf)



- Joiner, T., & Blalock, J. (1995). Gender Differences in Depresione: the role of Anxiet And Generalized Negative Affec. *Sex Roles*, 91-108. Obtenido de <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF01547937#page-1>
- Kaplan, A. (1986). Implications for depresión in women. *Psychotherapy. Research andr Practice*, 23, 786-792.
- Keefer, A. (16 de enero de 2013).la progesterona baja y la depresión. Obtenido de [http://www.ehowenespanol.com/progesterona-depresion-info\\_116013/](http://www.ehowenespanol.com/progesterona-depresion-info_116013/)
- Londoño, C., García, W., Valencia, S., & Vinanccia, S. (2005). Espectatativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitario colombianos. *Anales de Psicología*, 21(2), 259-267.
- Matud, M., Gerrero, K., y Matías, R. (2006) Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en la depresión. *Internacional Jouranal of Clinical and healt Psychology*. Asociación Española de Psicología Conductual. Granada España. 7-21. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33760101>.
- Ministerio de Salud . (2008). *Guías de práctica Clínica en Salud Mental y Psiquiatría*. Lima, Perú. Obtenido de [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud\\_mental\\_documentos/04\\_Guias\\_Practica\\_Clinica\\_Salud\\_Mental\\_Psiquiatria.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/04_Guias_Practica_Clinica_Salud_Mental_Psiquiatria.pdf)
- Moralez, G., Pacheco, N., Paez, J., Cuevas, C., & Rosas, S. (2005). *Influencia de las Relaciones de Adolescentes es en la Incidencia de la Depresión*. Mexico: Universidad del Valle Mexico.
- National Institute of Mental Health (NIH). (abril de 2011). *Las mujeres y la depresiónHealth*. Obtenido de

<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/index.shtml>

Novara J., Sotillo C., Warthon D. Estanda D. (1985). Estandarización de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión de Lima Metropolitana Instituto Nacional de Salud Mental. Lima

OMS. (2007). Psiquiatría. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/depresion/segun-la-oms-en-el-2020-la-depresion-sera-la-segunda-causa-de-incapacidad-en-el-mundo/#>

OMS y OPS. (2012). Día mundial de la Salud. Obtenido de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305%3A](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A)

A

Organización Mundial de la Salud. (2014). mediacentre. Recuperado de [www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-heat/es](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-heat/es)

Organización Mundial de la Salud. (2000). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid-España: MEDICA Panamericana.

Organización Panamericana de la salud (OPS). (2012). Día Mundial de la Salud mental- trastorno mental mas frecuente. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305%3A](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A)

A

Pardo, G., Sandobal, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y Depresión. Revista colombiana de psicología, 13-28.

Perales, A., Sogi, C., & Morales, R. (2003). estudio comparativo de salud mental en estuđinates de medicina de los universidades estatales peruanas. An Fac Med, 64(4), 39-46.

- Piccnelli, M., & Wilkinson, G. (2000). gender Difference in depression. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486-492. doi:10.1192/bjp.177.6.486
- Psikolibro (sf). Clasificación de los trastornos mentales CIE-10. (Mensaje de Blog). Recuperado de <http://psikolibro.blogspot.com>.
- Reyna-Valera. (1960). En Santa Biblia. Sociedades Biblicas Unidas.
- Rodríguez, A., & Granada, O. (2007). Trastornos Depresivos en la infancia y adolescencia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 270-276. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/1696/169617626006.pdf>
- Sailor. (27 de junio de 2012). Falsa depresión o déficit de neurotransmisores[Mensaje en un blog]. Obtenido de <http://connigo8.blogspot.pe/2012/06/causas-depresion-deficit.html>
- Sanfilipo, M. P. (2006). Masculinity, feminity, and subjetive Experience of Depresión. *Juornal of Clinical Psychology*. doi:10.1002/10974679(199403)50:2<144::AIDJCLP2270500204>3.0.CO;2-0
- Travé, A., & Reneses, A. (2002). Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. *del sitema Nacional de salud*, 26(1). Obtenido de [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol26\\_1\\_depresion.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol26_1_depresion.pdf)
- Umpiri, C., (14 de octubre de 2011). Diresa puno registró 650 de derpesi de casos de deo depresión en lo que va del año. *La república* .Obtenido de <http://larepublica.pe/14-10-2011/diresa-puno-registro-650-casos-de-depresion-en-lo-que-va-del-ano>
- vargas, H., Tovas, H., & Valverde, J. (2010). Prevalencia y Factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de lima metropolitana y Callao. *Revista Peruana de Epidemiología*, 12(2), 91-98.

- Vázquez, A. (2013). Depresión. Diferencias de género. *Multimed*, 17(3). Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul133p.pdf>
- Weinberg, G. (2000). PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN. Obtenido de [https://www.psiquiatria.com/congreso\\_old/mesas/mesa32/conferencias/32\\_ci\\_d.htm](https://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa32/conferencias/32_ci_d.htm)
- Widiger, T., & Spitzer, R. (1991). Sex bias in the diagnosis of personality disorders: Conceptual and methodological issues. *Clinical Psychology*, 11, 1-22.  
doi:10.1016/0272-7358(91)90135-H
- White, E. (1998). *Mente Caracter y personalidad tomo 2*. Pacific PressPub.
- White, E. (2007). *Mente Carácter y personalidad tomo 2*. Pacific PressPub
- Zabaleta, J. (2015). Factores de riesgo asociados con trastorno depresivo en estudiantes adolescentes de la I:E: Manuel Gonzales Prada de Ate. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- Zarragoita, I. (2011). *Depresión Generalidades y particularidades*. La Habana: ECIMED.
- Zúñiga, A., Sandoval, M., Juárez, N., & Villaseñor, S. (2005). Los trastronos del estado del ánimo. *Revista Digital Unversitaria*, 6(11), 1067-6079. Obtenido de [http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov\\_art110.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf)

# **ANEXOS**

## INVENTARIO DE BECK PARA EVALUAR DEPRESIÓN

El Inventario de Depresión fue creado por Beck en el año de 1967, con el objetivo de medir la depresión, ya que ofrecería según el autor algunas ventajas: Evitaría la variabilidad del diagnóstico clínico, proveería una medida estándar no afectada por la orientación teórica o la inconsistencia del que lo administra, además, por ser administrado reduciría los costos del entrenamiento y tiempo del profesional, y por último facilitaría las comparaciones con otros datos

**DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.** El inventario está conformado por 21 categorías de síntomas o actitudes, cada una de ellas es una manifestación, en algunas categorías existen dos alternativas de respuestas y se les divide en a y b para indicar que se encuentra en el mismo nivel, cada ítem presenta una puntuación que va desde cero (0) a tres (3).

En el caso de que el paciente exprese que hay dos o más enunciados que concuerden con su estado de ánimo, se registrara el valor más alto, y si el paciente se siente que está entre dos enunciados, estando más en dos que en tres, se registrará entonces el valor dos por estar más cercano.

El instrumento se basa en dos supuestos:

a. Primero: Conforme a la depresión si es más severa, mayor sería número de síntomas, esta progresión permite hacer diferenciación entre personas sanas, y pacientes que tengan una depresión leve, moderada y/o severa.

b. Segundo: En cuanto el paciente este más deprimido, cada síntoma lo siente de una manera más intensa o frecuentemente por ello su diseño incluye todos los síntomas integrales de los cuales lo clasifica en cinco áreas:

1. Área Afectiva
  - (A) Tristeza
  - (E) Sentimientos de Culpa
  - (J) Predisposición para el llanto
  - (K) Irritabilidad
  
2. Área Motivacional
  - (D) Insatisfacción
  - (I) Ideas Suicidas
  
3. Área Cognitiva
  - (B) Pesimismo Frente al futuro
  - (C) Sensación de Fracaso
  - (F) Expectativa de Castigo
  - (G) Auto disgusto
  - (M) indecisión
  - (N) Auto imagen deformada
  - (T) Preocupaciones Somáticas
  - (F) Auto acusaciones
  
4. Área Conductual
  - (L) Alejamiento Social
  - (O) Retardo para trabajar
  - (Q) Fatigabilidad
  
5. Área física
  - (P) Pérdida de Sueño
  - (R) Pérdida de apetito
  - (S) Pérdida de peso
  - (U) Pérdida del deseo sexual

Esta prevalencia de la afectividad subjetiva, psíquica es congruente con la teoría cognitiva de la depresión mantenida por el mismo autor, según el cual la respuesta afectiva está determinada por la forma en que el individuo estructura su experiencia. En la teoría de Beck, menciona: “Es posible que los episodios depresivos sean precipitados por un evento externo, la evaluación del evento por el individuo y en la forma en que piense sobre él, en vez de evento mismo, puede ser lo que produce la depresión”.

**ADMINISTRACIÓN.** El Inventario de Depresión de Beck, fue elaborado para ser administrado de manera individual o grupal. Para ser administrado en forma individual se utiliza una doble copia de protocolo de respuestas, una se le entrega al paciente y la otra es leída en voz alta por el entrevistador.

Luego de anunciar sus declaraciones que corresponden a cada reactivo, se pide al entrevistado que indique “Cual de las declaraciones define mejor su estado de ánimo, de cómo se siente en ese instante”. En ningún momento debe sugerirse la respuesta, y si el entrevistado indica que hay dos afirmaciones que corresponde a la manera como se siente, entonces se debe registrar el número más alto. El puntaje de la depresión es la suma de las respuestas que va desde la A hasta la U.

*El Tiempo de aplicación, no tiene límite de tiempo y por lo general no se requiere más de quince minutos en contestar.*

**CALIFICACIÓN.** El sistema de codificación, toma en cuenta el número de síntomas reportados por el paciente ya que cada uno de ellos tiene un puntaje numérico, la intensidad de cada síntoma ha sido registrada asignándole valores numéricos graduados a cada uno de los veintiún categorías, o un cero indica que el síntoma no estuvo presente, mientras que la



severidad en aumento es graduada por uno, dos y tres, de tal suerte que el puntaje total del paciente representa una combinación del número de categorías sintomáticos y la severidad de los síntomas particulares.

Sin embargo un puntaje total desde cero a diez indica que no hay depresión. De once a veinte indica que hay que depresión leve; la puntuación que va desde los veintiuno a treinta; significa que hay una depresión moderada; pero si pasa de los treinta y uno a más, demuestra que hay depresión severa.

**VALIDEZ.** En la revisión de la validez del Inventario de Depresión Beck, se empezó tratando brevemente un estudio experimental antes de pasar a otros métodos. En el año de 1977, Beck, Kovaes & Hollan, estudiaron a cuarenta y cuatro pacientes externos que acudieron a consulta por propia iniciativa y satisfacción de criterios establecidos para el diagnóstico de Neurosis Depresiva (DSM III), estos pacientes presentan una depresión de moderada a intensa, (según el inventario de Beck).

El grupo se dividió en dos partes: El primer grupo conformado por dieciocho pacientes asignados a la terapia cognitiva y el segundo por veinticuatro pacientes asignados a terapia farmacológica, finalizado el tratamiento, ambos grupos mostraron una reducción significativa de la sintomatología depresiva.

Con respecto a la correlación con otras pruebas, en el Perú Novara, Sotillo & Wharton (1985, citado por Pimentel, 1996), realizaron un estudio en una muestra de ciento setenta y ocho pacientes con diagnóstico de depresión, utilizando la escalas de Zung, & Hamilton y el inventario de Beck ; utilizaron un grupo control de cuarenta y nueve pacientes correlacionaron entre sí a las tres pruebas, la correlación entre Beck y la escala de Hamilton fue de 0.72 y la de Beck con la escala de Zung fue de 0.76; coeficientes altamente significativos.

En el Hospital Militar Central se llevó a cabo un estudio de correlación entre ambas escalas de Beck y Zung en una muestra de quince pacientes con diagnóstico de depresión,

encontrando una correlación entre ambas escalas de 0.78. La correlación de Beck con el diagnóstico psiquiátrico también fue realizado por Novara, Sotillo y Wharton (1985, citado por Pimentel, 1996), hallando una correlación de 0.75. Los resultados de los estudios citados permiten decir que el inventario de Beck tiene una validez satisfactoria y es útil para los propósitos para lo que fue elaborada.

**CONFIABILIDAD.** Las estimaciones de la confiabilidad están en relación al respecto que se asume como causante de error de medición, es por ello que encontramos los siguientes tipos de confiabilidad.

- a. Estabilidad y Consistencia de los puntajes a través del tiempo.
- b. Equivalencia. Consistencia en los puntajes en dos formas equivalentes de la prueba.
- c. Consistencia interna evalúa el grado en que los ítems de un test están relacionados con el puntaje total Brown (1980, citado por Pimentel, 1996), esta última forma se caracteriza por ser obtenido a través de una sola aplicación de la prueba calculada con las técnicas de separación por mitades (Holt Split Method), o estimaciones de homogeneidad (formulas: Kuder, Richardson o Coeficiente Alfa de Cronbach).

Por otra parte, se llevó a cabo un estudio de Confiabilidad en el Hospital Militar Central, que si bien es hecho en una muestra pequeña y que no permite una generalización, si nos arroja luces sobre la confiabilidad de este Instrumento, se administró el Inventario de Beck en quince pacientes con diagnóstico depresivo y luego se realizó un retes con un intervalo de una semana, obteniendo un coeficiente de 0.80. Así mismo con los datos de la primera administración se calculó la consistencia interna con el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de 0.81.

Los resultados glosados posibilitan decir que el Inventario de Beck tiene una Confiabilidad bastante aceptable

### ESTUDIO DE LA CONFIABILIDAD

Muestra : 15 Pacientes

Diagnostico : Depresión

TEST	LAPSO	RE-TEST
1RA. APRECIACIÓN DE BECK	SIETE DIAS	2DA. APRECIACIÓN DE BECK
42		40
35		36
38		35
32		28
40		39
38		40
30		31
28		26
31		34
30		30
29		30
27		32
35		29
55		36
31		33
X = 33.27		X = 33.26
S = 4.74		S = 4.38
	rxr = 0.78	

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO INVENTARIO DE BECK PARA EVALUAR DEPRESIÓN**

### **INTRODUCCIÓN:**

Hola, mi nombre es Denyi Sugey López Dávalos, estudiante del programa Conducente a tesis de Titulación en Psicología de la Universidad Peruana Unión. Este inventario tiene como propósito levantar información sobre el nivel de depresión que usted posee y a su vez las manifestaciones que esta traen consigo como es a nivel afectivo, motivacional, cognitivo, conductual y físico. Dicha información será de mucha importancia para desarrollar programas de intervención.

Su participación es totalmente voluntaria y no será obligatoria llenar dicha encuesta si es que no lo desea. Si decide participar en este estudio, por favor responda el cuestionario, así mismo puede dejar de llenar el cuestionario en cualquier momento, si así lo decide.

Cualquier duda o consulta que usted tenga posteriormente puede escribirme a [denyisd@gmail.com](mailto:denyisd@gmail.com)

***He leído los párrafos anteriores y reconozco que al llenar y entregar este cuestionario estoy dando mi consentimiento para participar en este estudio.***

***Nombres y apellido:*** \_\_\_\_\_

***Firma/Huella digital:*** \_\_\_\_\_

***Lugar y fecha:*** \_\_\_\_\_

A continuación, detallan las instrucciones o explicaciones para el llenado del cuestionario

## INVENTARIO DE BECK PARA EVALUAR DEPRESIÓN

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana, INCLUIDO EL DIA DE HOY, no hay respuestas buenas o malas. Recuerde que sus respuestas son confidenciales, así que conteste con plena libertad.

Fecha de Nacimiento: ..... Edad: ..... Sexo: (F) (M)

Estado Civil: Soltero ( ) Casado ( ) Conviviente ( ) Divorciado ( )

Grado de Instrucción: Primaria ( ) Secundaria ( ) Universitaria ( ) Técnica ( )

Ocupación: ..... Lugar de Procedencia: Lima ( ) Provincia ( )

### A. TRISTEZA

- 0 No me siento triste
- 1 Siento desgano o tristeza
- 2<sup>a</sup> Siempre siento desgano o tristeza y no lo puedo remediar
- 2b Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho
- 3 Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no puedo soportar más

### B. PESIMISMO

- 0 No estoy particularmente pesimista, ni me siento muy desanimado con respecto al futuro
- 1 Me siento desanimado respecto al futuro
- 2<sup>a</sup> Siento que ya no debo esperar mas
- 2b Siento que jamás me librare de mis penas y preocupaciones
- 3 Siento que mi futuro es desesperado y que no mejorara mi situación

### C. SENSACIÓN DE FRACASO

- 0 No me siento fracasado
- 1 Me siento más fracasado que otras personas
- 2<sup>a</sup> Siento que en la vida he hecho muy pocas cosas que valgan la pena
- 2b Si no pienso en mi vida pasada veo que solo he tenido fracasos
- 3 Siento que como persona ha fracasado por completo (Padre, esposo, esposa)

*D. INSATISFACCION*

- 0 No estoy particularmente descontento
- 1<sup>a</sup> Casi siempre me siento aburrido
- 1b No disfruto de las cosas como antes
- 2 No hay nada en absoluto que me proporcione una insatisfacción
- 3 Estoy descontento de todo

*E. CULPA*

- 0 No me siento particularmente culpable
- 1 La mayor parte del tiempo me siento mal o indigno
- 2<sup>a</sup> Me siento culpable
- 2b Me siento mal o indigno prácticamente todo el tiempo
- 3 Considero que soy malo, que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente nada

*F. EXPECTATIVA DE CASTIGO*

- 0 No me siento que estoy siendo castigado
- 1 Tengo sensación que puede sucederme algo malo
- 2 Siento que estoy siendo castigado o que voy a ser castigado
- 3<sup>a</sup> Siento que merezco ser castigado
- 3b Deseo ser castigado

*G. AUTODISGUSTO*

- 0 No estoy descontento conmigo mismo
- 1<sup>a</sup> Estoy descontento conmigo mismo
- 1b No me gusto a mí mismo
- 2 No me puedo soportar a mí mismo
- 3 Me odio

*H. AUTOACUSACIONES*

- 0 No me siento peor que los demás
- 1 Tengo en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos
- 2 Me hago reproches por todo lo que me sale bien
- 3 Tengo la impresión que mis defectos son muchos y muy grandes

*I. IDEAS SUICIDAS*

- 0 No pienso, ni se ocurre dañarme a mí mismo
- 1 A veces se me ocurre que podría quitarme la vida, pero no podría hacerlo
- 2<sup>a</sup> Siento que muerto estaría mejor
- 2b Siento que mi familia estaría mejor si yo estuviese muerto
- 3<sup>a</sup> Tengo planes definidos para suicidarme
- 3b Si pudiese me suicidaría

*J. LLANTO*

- 0 No lloro más de lo corriente
- 1 Ahora lloro más que lo que lloraba antes
- 2 Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo
- 3 Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera como lo hacía antes

*K. IRRITABILIDAD*

- 0 No me siento más irritado que de costumbre
- 1 Me enfado o me irrito con más facilidad que antes
- 2 Estoy constantemente irritado
- 3 Ahora que me irritan, ya ni siquiera las cosas con las que antes me enfadaba

*L. ALEJAMIENTO SOCIAL*

- 0 No he perdido el interés por los demás
- 1 Ahora estoy menos interesado por lo demás que antes
- 2 He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas
- 3 Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente

*M. INDECISION*

- 0 Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones
- 1 Ahora me esfuerzo para tomar decisiones
- 2 Tengo gran dificultad para decidirme
- 3 Me siento incapaz para tomar decisiones de cualquier tipo

*N. AUTO – IMAGEN DEFORMADA*

- 0 No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre
- 1 Temo que mi aspecto cause mala impresión o de aparecer aviejado
- 2 Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto
- 3 Tengo la impresión que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo

*O. RETARDO PARA TRABAJAR*

- 0 Trabajo con la misma facilidad de siempre
- 1<sup>a</sup> Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar
- 1b Ya no trabajo tan bien como antes
- 2 Tengo que hacer un gran esfuerzo
- 3 Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea

*P. PERDIDA DE SUEÑO*

- 0 Duermo tan bien como antes
- 1 Por las mañanas me siento más cansado que de costumbre
- 2 Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volver a dormir
- 3 Me despierto demasiado temprano por las mañanas y no puedo dormir más | de cinco horas

*Q. FATIGABILIDAD*

- 0 No me canso más que lo de costumbre
- 1 Me canso más pronto que antes
- 2 Me canso hacer cualquier cosa
- 3 Me siento demasiado cansado para hacer cualquier cosa

*R. PERDIDA DE APETITO*

- 0 Mi apetito no está peor que lo de costumbre
- 1 Mi apetito no es tan bueno como antes
- 2 Ahora mi apetito esta mucho peor
- 3 No tengo en absoluto ningún apetito



*S. PÉRDIDA DE PESO*

- 0 No he perdido peso, y si he perdido algo, es de hace poco tiempo
- 1 He perdido más de dos kilos de peso
- 2 He perdido más de cuatro kilos peso
- 3 He perdido más de siete kilos de peso

*T. PREOCUPACIONES SOMATICAS*

- 0 Mi salud no me preocupa más que lo de costumbre
- 1 Me preocupa más constantemente por mis molestias físicas y malestares
- 2 Mis molestias físicas me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier cosa
- 3 No hago nada más, en absoluto, que en pensar en mis molestias físicas

*U. PÉRDIDA DEL DESEO SEXUAL*

- 0 No he notado que recientemente haya cambiado mis intereses por las cosas sexuales
- 1 No estoy menos interesado que antes por las cosas relativas al sexo
- 2 Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere al sexo
- 3 He perdido todo el interés por las cosas del sexo

*VERIFIQUE SI HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS*

*MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION*

## FICHA DE CALIFICACIÓN DEL INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESION

Nombre: ..... Fecha de Nacimiento: .....  
 Sexo: ..... Edad: .....

ITEM	PUNTUACIÓN
1. Tristeza	
2. Pesimismo	
3. Sensación de Fracaso	
4. Descontento	
5. Culpa	
6. Expectativa de Castigo	
7. Aversión de sí mismo	
8. Autoacusaciones	
9. Ideas de Suicidio	
10. Llanto	
11. Irritabilidad	
12. Aislamiento Social	
13. Indecisión	
14. Cambio de Imagen Corporal	
15. Incapaz de Trabajar	
16. Insomnio	
17. Cansancio	
18. Anorexia	
19. Pérdida de Peso	
20. Preocupaciones Somáticas	
21. Pérdida de la Libido	
PUNTUACIÓN TOTAL	