



**Universidad Científica del Perú - UCP**  
*Registrado en el Asiento N° A00010 de la Partida N° 11000318, Personas Jurídicas de Iquitos,  
Superintendencia de los Registros Públicos - SUNARP*

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA**

## **TESIS**

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A  
LOS TRASTORNOS DE DEPRESIÓN EN  
ESTUDIANTES DEL 5° GRADO DE SECUNDARIA DE  
UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA. IQUITOS 2018”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**AUTOR:**

**Bach. YAP COLLANTES, Mayra Valeria**

**ASESOR:**

**Psc. Elizabeth Guillén Galdós**

**San Juan Bautista – Maynas - Loreto – 2018**

DEDICATORIA

A mis padres Bertha y Alejandro,  
mi hermano Emilio  
y mi tío Salviano que en paz descansa.

## AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por la vida. A mis padres y hermano, por su cariño y apoyo incondicional. A mis compañeros por su paciencia y tiempo. A mi asesora y jurados por ser constantes conmigo, resolviendo inquietudes y brindando consejos.

A la I.E.P.I.P.S. Mariscal Oscar R. Benavides por brindarme el acceso y espacio posible para ejecutar este proyecto.



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

Con **Resolución Decanal N° 875-2018-FCS, del 24 de Octubre del 2018**, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a los señores:

- ✚ **Méd. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mg.**
- ✚ **Psic. Juan Alfonso Méndez del Águila, Mg.**
- ✚ **Psic. Alfredo Deifilio Neyra Cisneros**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 07:000 pm. horas, del día 23 de Noviembre del 2018, en las instalaciones de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la Tesis: **“FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS A LOS TRANSTORNOS DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DEL 5TO. GRADO DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA, IQUITOS 2018”**,

Presentado por la sustentante:

**MAYRA VALERIA YAP COLLANTES**

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.**

**Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:**

..... *Satisfactoria* .....

El Jurado después de la deliberación en privado llego a la siguiente conclusión:

**La Sustentación es:**

..... *Por Unanimidad* .....

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.

*J. Magallanes*

**Méd. Mgr. Jesús Jacinto Magallanes Castilla  
 Presidente**

*J. Méndez*

**Psic. Juan Alfonso Méndez del Águila  
 Miembro**

*A. Neyra*

**Psic. Alfredo Deifilio Neyra Cisneros  
 Miembro**

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
	Desaprobado (a)	:	00-12

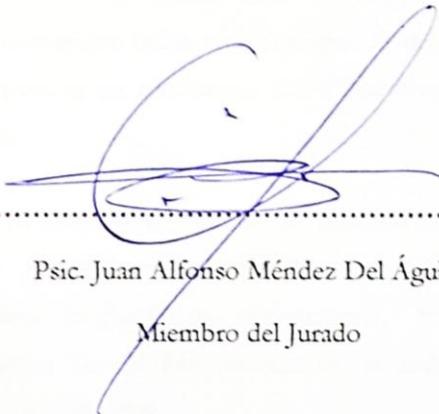
"FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE  
DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DEL 5º GRADO DE SECUNDARIA DE UNA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA. IQUITOS 2018"

MIEMBROS DEL JURADO



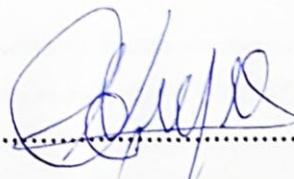
Méd. Mg. Jesús Jacinto Magallanes Castilla

Presidente del Jurado



Psic. Juan Alfonso Méndez Del Águila

Miembro del Jurado



Psic. Alfredo Deifilio Neyra Cisneros

Miembro del Jurado



Psic. Elizabeth Guillén Galdós

Asesora

## RESUMEN

Antecedentes: Jadán (Ecuador 2017) encontró prevalencia de depresión 65.75%, una relación de 1.5 más en las mujeres que en los hombres. Zavaleta (Lima 2015), encontró factores de riesgo asociados a trastorno depresivo en adolescentes: abuso de sustancias, disarmonía y violencia familiar, familiar de primer grado con depresión, antecedente de episodio depresivo previo, y estresor social. Sánchez & Sánchez, (Iquitos 2017) encontró, 17,2% de adolescentes con Depresión leve a Moderada y el 14.4% con Depresión moderada a Intensa.

Objetivo: Determinar si existe asociación entre los factores sociodemográficos (edad, sexo, procedencia, personas con quien vive, consumo de drogas, consumo de alcohol) y los trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una institución educativa. Iquitos 2018.

Material y Métodos: Se empleó la Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en Niños y Adolescentes para Perú por Roxana Vivar et al. (2005) El método fue cuantitativo, de diseño no experimental, transversal, descriptivo, y correlacional. La muestra fue de 144 estudiantes de ambos sexos del 5to año de secundaria en la I.E.P.I.P.S. MORB.

Resultados: 81.25% de los estudiantes fueron de menor edad (15 a 16 años), 49.31% hombres y 50.69% mujeres. La procedencia del 92.36% fue de zona urbana, 59.03% conviven con ambos padres, y 65.97% depende económicamente de ambos padres.

Conclusiones: 4.17% de los estudiantes fueron evaluados con depresión, de menor edad ( $\chi^2 = 10.391$ ,  $p = 0.006$ ), y el 3.47% fueron estudiantes mujeres ( $\chi^2 = 11.906$ ,  $p = 0.003$ ).

Palabras clave: factores sociodemográficos, depresión, adolescente

## ABSTRACT

Background: Jadán (Ecuador 2017) found prevalence of depression 65.75%, a ratio of 1.5 more in women than in men. Zavaleta (Lima 2015), found risk factors associated with depressive disorder in adolescents: substance abuse, disharmony and family violence, first degree family member with depression, history of previous depressive episode, and social stressor. Sánchez & Sánchez, (Iquitos 2017) Found, 17.2% of adolescents with mild to moderate depression and 14.4% with moderate to intense depression.

Objective: To determine if there is an association between the sociodemographic factors (age, sex, origin, people with whom they live, drug consumption, alcohol consumption) and depression disorders in students of the 5th year of high school of an educational institution. Iquitos 2018.

Material and Methods: The modified Birlson Scale for Depressive Disorders in Children and Adolescents was used for Peru by Roxana Vivar et al. The method was quantitative, non-experimental, transversal, descriptive, and correlational. The sample was 144 students of both sexes of the 5th year of secondary school in the I.E.P.I.P.S. MORB.

Results: 81.25% of the students were younger (15 to 16 years old), 49.31% male and 50.69% female. The origin of 92.36% was from urban areas, 59.03% live with both parents, and 65.97% depend economically on both parents.

Conclusions: 4.17% of the students were evaluated with depression, younger ( $X^2c = 10.391$ ,  $p = 0.006$ ), and 3.47% were female students ( $X^2c = 11.906$ ,  $p = 0.003$ ).

Keywords: sociodemographic factors, depression, adolescent

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pag
I.- INTRODUCCIÓN	10
1.1 Antecedentes de estudio	11
1.2 Formulación del problema	18
1.3 Objetivos	18
II. MARCO TEORICO REFERENCIAL	19
2.1 Bases teóricas	19
2.2 Definiciones de términos básicos	40
III. MÉTODO	41
3.1 Hipótesis	41
3.2 Variables	41
3.3 Tipo de investigación	44
3.3.1 Diseño de la investigación	44
3.4 Población y muestra	45
3.5 Técnicas	47
3.5.1 Instrumento de recolección de datos	48
3.5.2 Procedimiento de recolección de datos	49
3.5.3 Procesamiento de la información	49
IV. RESULTADOS	50
V. DISCUSION	59
5.1. Conclusiones	63
5.2. Recomendaciones	64
BIBLIOGRAFÍA	65
ANEXOS	
ANEXO N° 01    Resultados	73
ANEXO N° 02    Hoja de consentimiento informado	78
ANEXO N° 03    Cuestionario sociodemográfico	79
ANEXO N° 04    Instrumento Psicológico: Escala de Birleson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes	80
ANEXO N° 05    Matriz de consistencia	82
ANEXO N° 06    Ficha técnica de la escala de Birleson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes	83
ANEXO N° 07    Solicitud de permiso para aplicar el instrumento	87
ANEXO N° 08    Constancia de Entrega de resultados	88
ANEXO N° 09    Evidencia Fotográfica	89

## ÍNDICE DE CUADROS

	Pag
Tabla 1. Factores sociodemográficos en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.	49
Tabla 2. Trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.	50
Tabla 3. Edad y trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.	51
Tabla 4. Sexo y trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.	52
Tabla 5. Procedencia y trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.	53
Tabla 6. Personas con quien vive y trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.	54
Tabla 7. Dependencia económica y trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.	55
Tabla 8. Consumo de sustancias y trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.	56

## I. INTRODUCCIÓN

Actualmente los cambios sociales, económicos y culturales producidos en las sociedades han generado una serie de transformaciones en las dinámicas demográficas que tienen su reflejo en la estructura y composición poblacional, su tamaño, estructura por edades y distribución territorial. Los cambios en los roles de Mujeres y hombres participan con igual intensidad en estos procesos, siendo las diferencias en función del género reflejadas en la propia dinámica demográfica y, en consecuencia, en la estructura y composición de la población. (Bueno, 2009)

En el campo de la salud la relevancia de los aspectos sociodemográficos se da en función a que constituyen determinantes importantes de la incidencia y evolución de las enfermedades. De acuerdo con la OMS (2014): “El ciclo de vida ofrece una importante perspectiva para la adopción de medidas de salud pública. Lo que sucede en una etapa de la vida afecta y se ve afectado por lo que sucede en otras. Así, lo que ocurre en los primeros años de vida afecta a la salud y el desarrollo de los adolescentes y, a su vez, la salud y el desarrollo durante la adolescencia repercuten en la salud en la edad adulta e incluso en la salud y el desarrollo de la siguiente generación.”

La salud mental es otra nueva prioridad de salud pública, debido a que los problemas de salud mental se cobran un número especialmente elevado de víctimas, a nivel mundial, el suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de mortalidad durante la adolescencia, y la depresión es la primera causa de morbilidad y discapacidad. Hasta un 50% de todos los trastornos de salud mental se manifiestan por primera vez a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se reconocen ni se tratan, y tienen consecuencias graves para la salud mental durante toda la vida. (OMS, 2014)

Vikram (2017) nos dice que “la literatura mundial sobre la depresión demuestra que los factores de riesgo más frecuentes asociados con la depresión están relacionados con las desventajas y carencias sociales, como el bajo nivel de educación, la pérdida del empleo, el endeudamiento, la exclusión social o la marginación y la violencia. Las

mujeres, por otra parte, corren un mayor riesgo de sufrir depresión, lo que en parte tiene que ver con la violencia interpersonal y otras consecuencias de la desigualdad por razón de género”. Estos determinantes aíslan sectores donde se encuentran los principales destinatarios de las acciones de prevención. La elaboración de programas de intervención en problemas de depresión, requiere del conocimiento de la ocurrencia de los factores de riesgo al menos por grupos de edad y sexo, y para diseñar intervenciones con mayor especificidad aspectos socioeconómicos como ingreso, necesidades básicas insatisfechas y nivel de instrucción.

A través de los resultados que obtenidos en la investigación se podrá reconocer los problemas de depresión en estudiantes escolares, así como marco referencial para futuras investigaciones relacionadas con el tema tratado, incrementando así el acervo de conocimientos en la profesión de Psicología para realizar otras investigaciones. El estudio proporciona también datos válidos y confiables para el diseño e implementación de estrategias dirigidas a promover o a intervenir en salud mental.

## 1.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Jadán (Ecuador 2017) en su estudio sobre la “Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja, periodo 2014-2015” con la finalidad de dar a conocer los factores de riesgo más relevantes que conllevan a la Depresión, estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo, en donde fue necesario tener datos específicos de las condiciones sociodemográficas y familiares de los estudiantes sujetos de estudio, además aplicó el test de Zung cuyos resultados obtenidos son: prevalencia de depresión 65.75%. En cuanto al género se observa una relación de 1.5 más en las mujeres que en los hombres, tomando en cuenta que en el estudio predominó el género masculino. Además con lo referente a la relación y/o asociación estadística entre las variables en estudio, se tiene relación o significancia estadística encontrándose un valor de  $p < 0,05$  (0,047) en el consumo de drogas en la edad de 16 años y consumo de tabaco  $p < 0,05$  (0,031) en la edad de 14 años.

Fonseca, Paino, Lemos, & Muñiz (España 2011) en el estudio acerca de la “Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos” señala que los síntomas depresivos son un fenómeno bastante común en niños y adolescentes que parecen fluctuar en función del género y la edad. El objetivo del trabajo fue examinar la prevalencia de los síntomas depresivos en función del género y la edad, en una muestra representativa de adolescentes de la población española. La gravedad de la sintomatología depresiva se evaluó mediante la Reynolds Depression Adolescent Scale (RADS) (Reynolds, 2002). La muestra final la conformaron 1.683 adolescentes no clínicos, 818 varones (48,6%), con una edad media de 15,9 años (DT = 1,2). El 2,5% de la muestra total superó el punto de corte de 77 puntos en la RADS, indicativo de una clara gravedad de la sintomatología depresiva. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del género y la edad cuando se compararon las puntuaciones medias de las sub escalas y la puntuación total de la RADS. Las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los varones en las sub escalas Disforia y Quejas somáticas, así como en la puntuación total de la RADS. Los adolescentes de entre 17-19 años obtuvieron una mayor puntuación en la sub escala Disforia en comparación con el grupo de 14-16 años. Teniendo como conclusión que los síntomas depresivos son un fenómeno bastante común dentro de este grupo de edad. Estos resultados son consistentes con los encontrados en la literatura previa y tienen claras implicaciones de cara a la comprensión de este fenómeno psicológico en este sector de la población, así como en lo relativo al establecimiento de programas de prevención y detección temprana de participantes de riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo.

Leyva, Hernández, & Nava (México 2007). En la investigación “Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar” se incluyeron 252 estudiantes, 134 del sexo masculino y 118 del femenino, con edad promedio de 16 años para evaluar la depresión y la función familiar, utilizando la escala de Birlson y el instrumento FACES III. En los resultados se obtuvo en general que la frecuencia de depresión fue de 29.8 %; en el sexo masculino se identificó en 18.7 % y en la mujer, en 42.4 % ( $p < 0.05$ , OR = 3.2). En los adolescentes con depresión se observó con más frecuencia la familia rígidamente dispersa ( $p < 0.05$ , OR = 6.3). En los adolescentes sin depresión fueron más comunes las familias flexiblemente aglutinadas ( $p < 0.05$ ,

OR = 0.215), las estructuralmente aglutinadas ( $p < 0.05$ , OR = 0.215) y las rígidamente aglutinadas ( $p < 0.05$ , OR = 0.106).

Gómez, (Colombia 2007) en el artículo titulado “Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados” presenta una caracterización de adolescentes escolarizados en términos de afecto positivo y negativo, pensamientos automáticos negativos y positivos y sintomatología depresiva. Se tomó una muestra aleatoria de 1096 adolescentes (55,7% hombres) entre 12 y 16 años, tanto de instituciones educativas públicas como privadas. Los resultados indican diferencias significativas en las tres variables estudiadas. Las mujeres adolescentes se caracterizan a nivel cognitivo por mayor presencia de pensamientos automáticos negativos y a nivel emocional por niveles más altos de afecto negativo y mayor presencia de sintomatología depresiva. Los hombres adolescentes presentaron más pensamientos positivos y niveles más altos de afecto positivo y menor tendencia a presentar sintomatología depresiva. Este perfil también se encontró y con mayor intensidad en el subgrupo de adolescentes con puntuaciones en la escala de sintomatología depresiva por encima del percentil 75, con excepción del afecto negativo.

Arequipeño & Gaspar (Lima 2016) desarrollaron la tesis “Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3ero a 5to grado del nivel secundario de instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte, 2016”. que tuvo como objetivo determinar si existe relación significativa entre los niveles de resiliencia y felicidad con los niveles de depresión en adolescentes del 3ero al 5to grado de instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte Las escalas utilizadas para la medición de la variables de estudio fueron la Escala de Resiliencia Wagnild & Young, la cual mide la resiliencia en torno a cinco dimensiones: satisfacción, ecuanimidad sentir bien solo, confianza en sí mismo y la perseverancia. Para medir la felicidad se empleó la Escala de Felicidad de Lima (EFL) la cual se divide en cuatro dimensiones: sentido positivo, satisfacción de la vida, realización personal y alegría de vivir. Para la recolección de datos referentes a la sintomatología depresiva, utilizaron la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) elaborado por Reynolds (1987). La muestra estuvo conformada por 315 estudiantes del 3ero al 5to grado del nivel

secundario. Se encontró que existe una relación inversa y altamente significativa entre el nivel de felicidad y la depresión ( $r = -.494, p < 0.01$ ), y una relación inversa baja y altamente significativa entre el nivel de resiliencia y la depresión ( $r = -.236, p < 0.01$ ). Por lo tanto, se concluye que ante mayor felicidad y resiliencia menor será la presencia de síntomas depresivos.

De la Rosa (Lima 2016) en la tesis titulada “Estructura y tipología familiar en escolares adolescentes con trastorno depresivo de una institución educativa estatal de Lima – Perú durante el año 2016”. Tuvo como objetivo identificar la estructura y tipología familiar más prevalente en escolares adolescentes de 14 a 17 años con trastornos depresivos de una institución educativa estatal de Lima – Perú durante el año 2016. El Estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal. Se estudiaron a los escolares adolescentes de 14 a 17 años del Tercer a Quinto año de secundaria de la institución educativa estatal “Ramón Castilla” del distrito de San Martín de Porres, Lima – Perú; 2016. Se aplicó la encuesta para Depresión basada en la Escala de Birlson Modificado, y la encuesta de “¿Cómo es tu familia?” validada por la Organización Panamericana de Salud, y se encontró que de los 160 escolares, el 60% tenía Distimia, mientras que la Depresión mayor se manifestó en el 23,8% de los casos. Respecta a la tipología familiar, se encontró que el 46,9% tenía una familia extensa y en un 20,7% familia incompleta

Vargas, Tovar, & Valverde (Lima 2010) estudio la “Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao”. Manifiesta que la depresión en adolescentes constituye un problema de salud pública por su frecuencia creciente y sus consecuencias. Su objetivo fue determinar la prevalencia y los factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. Estudio fue de corte transversal, con muestreo probabilístico trietapico por conglomerados. Se usó la base de datos del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. La población estudiada comprendió a los residentes de 12 a 17 años. Se utilizaron cuestionarios para medir variables demográficas y socioeconómicas, aspectos generales de salud mental, trastornos clínicos y relaciones intrafamiliares. Se ajustaron modelos de regresión logística múltiple. La prevalencia actual del episodio depresivo en adolescentes fue

8.6% (IC 95%: 6.7-11.1%), observándose según el análisis multivariado, asociaciones estadísticamente significativas con: edad de 15 a 17 años (OR: 2.03; IC 95%: 1.08-3.98), sexo femenino (OR: 2.24; IC 95%: 1.16-4.29), nada o poca satisfacción con las relaciones sociales (OR: 2.69; IC 95%: 1.33-5.46), reglas y castigos en el hogar injustos (OR: 4.22; IC 95%: 2.15-8.26), problemas alimentarios (OR: 3.0; IC 95%:1.39-6.45) y deseos de morir (OR: 2.88; IC 95%:1.51-5.51). La prevalencia del episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao fue similar y en algunos casos mayor a la encontrada en adolescentes de otros países. Los factores asociados que mejor predijeron el episodio depresivo fueron: edad de 15 a 17 años, sexo femenino, nada o poca satisfacción con las relaciones sociales, reglas y castigos en el hogar injustos, problemas alimentarios y deseos de morir; los cuales podrían ser evaluados como factores de riesgo en estudios posteriores.

Huaranca Meza, (Lima 2015) en su tesis “Intervención de la enfermera en la identificación de factores condicionantes de depresión en adolescentes escolares de 14 a 17 años del Centro educativo 1252 Santa Isabel, Ate Vitarte” destaca que el grupo más vulnerable a la depresión, lo constituyen los adolescentes por su natural proceso de desarrollo personal, que demanda apoyo, afecto familiar y social para evitar desórdenes emocionales. Su investigación tuvo como objetivos identificar la participación de la enfermera, en la determinación de los factores que condicionan la depresión en adolescentes escolares, de un centro educativo de gestión estatal. En el estudio participó una muestra de 86 estudiantes varones y mujeres, cuyas edades se encontraban entre 14 y 17 años, que fueron seleccionados al azar. Como instrumento de investigación se elaboró una encuesta integrada por veinte (20) preguntas relacionadas a: datos generales del adolescente, sustento económico y características de la interrelación del adolescente con su ambiente familiar y escolar. Como resultados se evidencia que en el 67% de adolescentes el sustento económico era insuficiente, el 42% señaló que el nivel de satisfacción (ambiente familiar) era “insostenible”, el 71% de adolescentes enfrentan reacciones no asertivas de sus padres, caracterizada por falta de diálogo y poco valor que se le brinda al adolescente. Concluyendo que la problemática de influencia económica y de interacción familiar, son factores de relación interpersonal que condicionan un riesgo emocional en el adolescente de presentar depresión, cumpliendo con los objetivos de la investigación.

Zavaleta (Lima 2015) realiza una tesis titulada “Factores de riesgo asociados con trastorno depresivo en estudiantes adolescentes de la I.E. Manuel González Prada de Ate en el 2015”. El estudio fue de tipo cuantitativo de casos y controles. La muestra estuvo constituida por 145 casos (adolescentes con depresión) y 145 controles (145 adolescentes sin depresión) en el periodo que corresponde al estudio. Se usó una ficha de datos la cual fue validada por médico asistente del servicio de Psiquiatría. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS versión 21. De los resultados el 61 % fueron mujeres y el 39 % fueron varones. La media global de la edad fue de 13,7+/-2,5 años, siendo la mínima edad de 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 disarmonía 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 %). Conclusiones: los factores de riesgo asociados a trastorno depresivo en adolescentes fueron el abuso de sustancias, la disarmonía y violencia familiar, el tener un familiar de primer grado con depresión, el antecedente de episodio depresivo previo, y el estresor social. ( $P < 0,05$ ).

Fernández (Chiclayo 2015) en un estudio denominado “Clima social familiar y síntomas depresivos en estudiantes de una institución educativa. Distrito José Leonardo Ortiz, 2015” diseña una investigación no experimental transversal que tuvo como objetivo determinar la relación entre el clima social familiar y los síntomas depresivos de los estudiantes de una institución educativa del nivel secundario del distrito de José Leonardo Ortiz en noviembre de 2015. La población estuvo conformada por 215 estudiantes, la muestra calculada fue de 84 adolescentes que cumplieron los criterios de elegibilidad, seleccionados por el muestro probabilístico estratificado. Se aplicaron la escala del clima social familiar (0.91 alfa de Cronbach) y el inventario de depresión infantil (0.91 alfa de Cronbach), aplicandose estrategias para asegurar principios éticos y los criterios de cientificidad. Los resultados revelan que la mayoría de los adolescentes presentan un clima social familiar medio en cuanto a sus dimensiones relación (63.10%), desarrollo (50%) y estabilidad (82.14%) y con respecto a los síntomas depresivos se evidencia que la mayoría de adolescentes

no presentan síntomas depresivos, aunque el 10% de las mujeres de 16 años, muestran síntomas depresivos mínimos o moderados. En lo referente al clima social familiar, se encontraron dificultades como: inadecuada relación familiar (13.09%), escaso desarrollo familiar (8.33%) e inestabilidad familiar (10.71%) y presencia de síntomas depresivos marcada o severa en las dimensiones de estado de ánimo disforico (5.95%) e ideas de autodesprecio (5.95%). La prueba estadística de Pearson permite afirmar que existe relación significativa entre ambas variables (0.05), aceptándose con ello la hipótesis planteada. Afirmándose que el adolescente con conflictos familiares está más propenso a presentar síntomas depresivos, es por ello importante desarrollar iniciativas multidisciplinarias dirigidas a los estudiantes y padres de familia, para reforzar redes de apoyo.

Velásquez & Montgomery (Lima 2014) realizaron un estudio correlacional titulado “Resiliencia y depresión en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana con y sin participación en actos violentos”, con alumnos del 3ro-5to de secundaria, de sexo masculino y femenino, de los cuales una parte no ha participado en actos violentos y otra sí. Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron la Escala de Resiliencia y el Inventario de Depresión en la Adolescencia. Los resultados muestran que existen correlaciones positivas en los componentes internos de ambas pruebas, mientras que al correlacionarlas entre ellas la relación es más diversa. Se identificaron diferencias entre los alumnos violentos y no violentos en cuanto a los factores de confianza, autoritarismo e ideas suicidas. Asimismo, en la comparación intersexo, se identificaron diferencias entre mujeres y varones respecto al grado de control emocional, toma de decisiones, autocrítica, propensión al llanto y otras variables. El lugar de residencia de los alumnos también marca algunas diferencias en los componentes de los instrumentos de resiliencia y depresión.

Sánchez & Sánchez, (Iquitos 2017) hizo una investigación titulada “Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de Instituciones Educativas Públicas Secundaria de Menores N° 60027 y N° 6010227. San Juan Bautista 2016”, el método fue cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo, correlacional, el tamaño de la muestra estuvo constituida por 79 estudiantes. Los instrumentos utilizados fueron “Escala de Autovaloración de Depresión de Zung que tuvieron una validez por el

método Delphi 97.64% y 97.5% respectivamente; y confiabilidad de 81.6% y el Cuestionario de APGAR de ambos instrumentos, según el Alfa de Cronbach y la validez de Constructo mediante el análisis Factorial exploratorio. Encontró, el 17,2% (35) adolescentes resultaron con Niveles de Depresión leve a Moderada y el 14,4% ( ) obtuvieron Nivel de Depresión moderada a Intensa a través de la aplicación de instrumento de adaptabilidad de Depresión de Zung. Asimismo se utilizó el Instrumento de APGAR para ver el nivel de Funcionalidad familiar de los adolescentes, se evidencia que del 100% (79) el 12.6% (10), con funcionalidad Normal, el 34.2% (27), con disfunción leve, disfunción moderada 32.9% (26) y con disfunción severa 20.3% (16).

## 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre los factores sociodemográficos y los trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una institución educativa, Iquitos 2018?

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar si existe asociación entre los factores sociodemográficos (edad, sexo, procedencia, personas con quien vive, consumo de drogas, consumo de alcohol) y los trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una institución educativa. Iquitos 2018

### 1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar los factores sociodemográficos (edad, sexo, procedencia, personas con quien vive, consumo de drogas y consumo de alcohol) en estudiantes del 5° de secundaria de una institución educativa. Iquitos 2018.
- b) Identificar los trastornos de depresión en estudiantes 5° de secundaria de una institución educativa. Iquitos 2018
- c) Establecer asociación entre los factores sociodemográficos y los trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una institución educativa. Iquitos 2018

## II. MARCO TEORICO REFERENCIAL

### 2.1 BASES TEÓRICAS

#### 2.1.1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

La demografía estudia estadísticamente la estructura y la dinámica de las poblaciones, así como los procesos concretos que determinan su formación, conservación y desaparición, tales procesos son los de fecundidad, mortalidad y migración: emigración e inmigración (Livi-Bachi, 2007).

El estudio de los fenómenos sociales requiere de un análisis de los diferentes factores que intervienen en su realización junto con el estudio de los productos y de las formas de lo social, de forma sistemática, ordenada y coherente.

Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1997) de México, se considera que parte del análisis demográfico descansa en la descomposición del volumen total de la población en subgrupos. La distribución de la población por sexo y edad sirve de base para el análisis de muchas características sociodemográficas. La desagregación de la población en los diferentes grupos etarios que la integran se considera básica para entender muchas de las necesidades fundamentales de la población, mientras que la distribución por sexo se explica por las funciones y papeles asignados diferencialmente en la sociedad a hombres y mujeres, en razón tanto de factores biológicos como sociales y culturales.

De acuerdo con el Diccionario de Leyes de Black (Campbell, n.d.), los factores sociodemográficos son las características del estado social, y se expresa en la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia, y la edad de matrimonio.

Carballo J. & Figueroa A (citado en Soutullo & Mardomingo, 2010) mencionan que algunas características sociodemográficas aumentan el riesgo de presentar un

trastorno del estado de ánimo y de psicopatología en general como la pobreza, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo y vivir en áreas rurales o urbano marginales. Así mismo la falta de apoyo social es otro factor de riesgo importante para el trastorno depresivo. La cultura influye en el rol atribuido a los niños, sobre todo a partir de la pubertad. En algunas culturas se espera que las mujeres adolescentes sean dependientes, muy emocionales, sumisas y sacrificadas, rasgos que son factores de riesgo de depresión.

Paredes (2007) afirma que algunos factores disminuyen el riesgo de depresión. Por ejemplo, tener una afiliación cultural, religiosa o grupal, probablemente mediado por el desarrollo de actitudes cognitivas positivas y la disponibilidad de soporte emocional; tener unos cuidadores responsables (esto disminuye el riesgo de depresión y de psicopatología en general en los niños); tener sentido del humor; una relación estrecha con al menos un familiar y amigos íntimos; la consecución de logros valorados por la sociedad y un coeficiente intelectual normal-alto.

El Ministerio de Salud (MINSAL) (Chile 2013), en su Guía Clínica para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años con Depresión, menciona los Factores de vulnerabilidad, activación y protección en la depresión de niños y adolescentes, como se muestra a continuación:

- a) Factores de Vulnerabilidad: Incrementan la predisposición general, pero rara vez provocan directamente la enfermedad.
  - Factores genéticos
  - Historia de trastorno afectivo de los padres Sexo Femenino
  - Edad Post-puberal
  - Antecedentes de síntomas depresivos Antecedentes de abuso sexual en la infancia (especialmente en mujeres)
  - Afectividad Negativa
  - Pensamientos de tipo rumiativo

- b) Factores de Activación (gatillantes): Directamente implicados en el comienzo de la depresión y en presencia de factores de vulnerabilidad, sus efectos pueden ser mayores. Suelen ser acontecimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en las relaciones familiares y de amistad
- Conflictos Conyugales
  - Desestructuración familiar
  - Acoso o humillación
  - Situaciones de abuso: físico, emocional o sexual
  - Consumo de tóxicos
- c) Factores de Protección: Reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación
- Buen sentido del humor
  - Buenas relaciones de amistad
  - Relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia
  - Logros personales valorados socialmente
  - Nivel de inteligencia normal-alto
  - Práctica de algún deporte o actividad física
  - Participación en clubes escolares/sociales o en voluntariado

#### 2.1.1.1 DESCRIPTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

##### a) Edad:

Se puede expresar como “Número de años completos transcurridos desde el nacimiento” (Instituto Nacional de Estadística de España, 2017).

Hernández, (2015) menciona que la edad biológica, no siempre coincide con la edad cronológica, la define como la “edad que corresponde con el estado funcional de nuestros órganos y sistemas al compararlos con patrones estándar de envejecimiento para una edad determinada. Es, por tanto, un concepto fisiológico”. La edad biológica es la que nos informa sobre el envejecimiento de nuestras células, y que indica nuestra edad real frente a nuestra esperanza de vida; está determinado por factores internos, es decir lo que marca nuestra genética y por factores externos como estilos de vida, factores ambientales, alimentación, hábitos diarios entre otros.

b) Sexo:

Se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como masculinos o femenino (OMS). El Instituto Nacional de Estadística de España, INE (2017) inserta en su Manual de Metodología un concepto de sexo según la OMS, donde el "sexo" hace referencia a las “características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres, mientras que el "género" se refiere a los roles, conductas, actividades y atributos construidos socialmente que una cultura determinada considera apropiados para hombres y mujeres”. De lo que se puede inferir que "hombre" y "mujer" son categorías de sexo, mientras que "masculino" y "femenino" son categorías de género.

El sexo representa una taza poblacional importante, ya que separa a la especie humana en dos, definiendo tareas y ejercicios propios de cada uno. El sexo también engloba una variedad de temas que van desde lo religioso a lo psicológico sin olvidar lo biológico, el cual marca las características entre los humanos y los animales, marcando los genitales como punto de partida. El sexo propiamente dicho se va extendiendo desde los órganos sexuales, el aparato genital como medio de reproducción de ambos, el sexo reproductivo según género o raza para ampliar la especie, el sexo o relaciones sexuales solo por placer del cuerpo y entablar en caso de los animales la forma de cortejo (Pérez citado en Cueva, Ríos, & Silva, 2018).

- Masculino: Características físicas y biológicas del adolescente que lo definen como varón.
- Femenino: Características físicas y biológicas del adolescente que lo definen como mujer.

c) Procedencia:

Origen, principio de donde nace o se deriva algo. Habitualmente que se puede conocer, ya sea de un objeto o de una persona es la nacionalidad que la misma presenta. Lugar donde vive actualmente el participante.

El término urbano se refiere esencialmente a ciudades, pueblos y otras áreas densamente pobladas. La demarcación de zonas urbanas es definida por los países como parte de sus procedimientos censales y se basa usualmente en el tamaño de las localidades y/o la clasificación de áreas como centros administrativos o en función a criterios especiales como densidad poblacional o tipo de actividad económica de sus

residentes. No existe una definición de área urbana internacionalmente consensuada y las definiciones operacionales nacionales pueden variar de país a país. (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2015)

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática, (2018) existen dos criterios cuantitativos para delimitar la frontera entre lo urbano y lo rural, el primero para fines operativos de los censos, donde se considera como ámbito urbano, aquellas áreas con un mínimo de 100 viviendas agrupadas contiguamente (en promedio, 500 habitantes), y por excepción, a todos los centros poblados capitales de distrito, aun cuando no reúnan la condición indicada. Como área rural o centro poblado rural, aquel que no tiene más de 100 viviendas agrupadas contiguamente ni es capital de distrito; o que, teniendo más de 100 viviendas, éstas se encuentran dispersas o diseminadas sin formar bloques o núcleos. Un segundo criterio es tomado en cuenta en las encuestas de hogares, como área urbana a los centros poblados con 2 mil y más habitantes, donde sus viviendas se encuentran agrupadas en forma contigua, formando manzanas y calles. El área rural conformado por centros poblados con menos de 2 mil habitantes, en el que por lo general su principal característica es tener viviendas dispersas.

d) Personas con quien vive:

Se refiere al hecho de habitar en conjunto dos o más personas. La acción y resultado de cohabitar juntamente con otra y otras personas. Hacer una vida conyugal, matrimonial y de amancebarse.

De acuerdo con el MINSA (2007), como factores determinantes de la depresión están los aspectos relacionados con la incorporación de figuras significativas en la niñez dentro o fuera de la familia, existiendo factores desencadenantes que producen un quiebre emocional, los más comunes: maltrato persistente, abuso sexual, pérdida de un ser emocionalmente cercano, pérdidas materiales, entre otros.

e) Dependencia económica

El Código del Niño y el adolescente, en su Ley N°27337, considera deber de los padres el velar porque sus hijos reciban los cuidados necesarios para su adecuado

desarrollo integral, en especial prestar alimentación a sus hijos. Se considera alimentos lo necesario para el sustento, habitación, vestido, educación, instrucción y capacitación para el trabajo, asistencia médica y recreación del niño o del adolescente. Asimismo, reconoce el derecho del adolescente a realizar trabajos remunerados, siempre y cuando cuenten con el debido permiso de sus padres y sus labores no afecten su asistencia y rendimiento escolar. Cruz, Vargas, Hernández, & Rodríguez (2017) resaltan que:

Los jóvenes tienen mayor riesgo de trabajar y estudiar que de estudiar exclusivamente a menores capitales humano y social en el hogar, con la inserción laboral informal del jefe o con la emigración a Estados Unidos de uno de los miembros de la familia. Estos resultados confirman que los jóvenes pueden estar combinando actividades educativo-laborales como estrategia familiar ante circunstancias socioeconómicas difíciles, como han encontrado otros estudios (Navarrete, 2001; González de la Rocha, 1999). El riesgo de hacer ambas actividades aumenta cuando no está uno o ambos padres en el hogar, lo que indica la necesidad de suplir la falta de apoyo económico de éstos. En hogares monoparentales, el riesgo de combinar los estudios con el trabajo fue mayor que de salir del sistema escolar en ambos sexos. Además, el hecho de que el trabajo informal no agropecuario en hombres y mujeres se asocie fuertemente con realizar ambas actividades indica que, ante trabajos menos protegidos, más precarios o más flexibles de los jefes o las jefas, la inserción laboral de los y las estudiantes es mayor, lo cual confirma estudios previos (García y Pacheco, 2000; Giorguli, 2005). Por último, la ligera mayor inserción laboral de los estudiantes, sólo de los varones, en hogares con emigración reciente a Estados Unidos, exhibe las dificultades económicas que pueden experimentar éstos con la salida de algún miembro (Antman, 2011), así como las diferencias de género en la ayuda que brindan los hijos a los hogares.

f) Consumo:

Autoadministración de una sustancia (alcohol o drogas) psicoactiva (OMS, 2004). La OMS define también el abuso de sustancias (drogas, alcohol, sustancias, sustancias

químicas o sustancias psicoactivas) Grupo de términos de uso extendido, pero con varios significados. En el DSM-III-R, el “abuso de sustancias psicoactivas” se define como “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso”. Se trata de una categoría residual, siendo de elección el término “dependencia” cuando proceda. El término “abuso” se utiliza a veces con desaprobación para referirse a cualquier tipo de consumo, particularmente, de drogas ilegales. Debido a su ambigüedad, este término no está recogido en el CIE-10 (ICD-10)

De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC 2016) en promedio, las personas más jóvenes buscan tratamiento por trastornos debidos con mayor frecuencia al consumo de cannabis y anfetaminas que al de otras drogas. Esto refleja la tendencia ascendente del consumo de cannabis y anfetaminas y el consiguiente aumento de las personas que se someten a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de dichas sustancias. Las personas en tratamiento por trastornos relacionados con los opioides o la cocaína suelen hallarse en la treintena, lo que en muchas subregiones refleja un envejecimiento de la cohorte de consumidores que reciben tratamiento y una disminución general de la demanda de tratamiento.

El cannabis sigue siendo la droga con que más se trafica en el mundo, aunque ha aumentado mucho la incautación de drogas sintéticas. Pese a que las sustancias sujetas a fiscalización internacional eran 234 en 2014 (244 en enero de 2016), la mayor parte del tráfico (como indican las incautaciones comunicadas, que reflejan tanto las actividades de las fuerzas del orden como las corrientes de drogas) se concentró en un número mucho menor de sustancias. En el 95% de los países que presentaron informes en 2014 se interceptó cannabis en sus diversas formas, que representa más de la mitad de las 2,2 millones de incautaciones comunicadas ese año a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), seguido de los estimulantes de tipo anfetamínico, los opioides y las sustancias relacionadas con la coca.

### 2.1.2. DEPRESIÓN

En el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2014), encontramos que el término depresión se define como un “síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos”, del mismo modo la Organización Mundial de la Salud describe la depresión como un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

La depresión es un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres. (OMS 2017). De acuerdo con el Ministerio de Salud (MINSA, 2007), la depresión es un trastorno de etiología no conocida. Se ha demostrado la naturaleza biológica con carga hereditaria, sin mediar estresores descompensadores en algunos grupos de pacientes, existiendo evidencia de alteraciones en los neurotransmisores cerebrales serotonina, noradrenalina y dopamina principalmente, como factores predisponentes.

Para Pacheco & Víctor, (2015) la depresión se define como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño escolar. Del mismo modo señala factores genéticos, psicológicos y ambientales los que interactúan a la inducción y producción de la Depresión, así como en la evolución recurrente crónica de la enfermedad. Estos factores generan cambios bioquímicos y/o estructurales en el SNC, promoviendo así una sensibilización para el desarrollo de nuevos episodios depresivos y la estabilización de las condiciones neurobiológicas que llevan a la recurrencia y a la

cronicidad. Del mismo modo Conrado (2012) explica que la depresión es un término que agrupa un conjunto de desórdenes de la afectividad, cuyo rasgo esencial y común es una alteración del estado de ánimo que afecta áreas cognitivas, psicomotoras, psicofisiológicas e interpersonales.

En un estudio realizado por Carranza (2012), este cita a Beck (1976), quien menciona que la depresión se debe a un “desorden del pensamiento, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva: el mismo, el mundo y el futuro; además supone la activación de signos y síntomas como consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos”.(p. 5)

Existen muchas acepciones para la palabra "depresión", se utiliza para describir un síntoma (P. ej.: ánimo deprimido), un síndrome o conjunto de síntomas (irritabilidad, fatiga, pérdida de interés, dolor muscular, etc.), y por último un trastorno, que vendría a desarrollarse cuando un síndrome depresivo adquiere ciertos parámetros de duración, frecuencia, gravedad, y disfuncionalidad (P. ej.: los síntomas duran más de dos semanas y provocan un malestar que le impide a la persona continuar con su normal desenvolvimiento laboral o social).

#### 2.1.2.1 Síntomas de la depresión

En el paciente con depresión se observa principalmente tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, manifestaciones neurovegetativas como trastornos del sueño o del apetito, cansancio y menor rendimiento en las habilidades cognitivas como falta de atención y concentración, así como también puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes. Carranza (2012) cita a Vázquez quien menciona sobre el conjunto de síntomas -indicadores- que componen el síndrome depresivo, se pueden reducir a cuatro grandes núcleos:

- Síntomas anímicos. Los síntomas –indicadores- que comprenden este núcleo son la disforia, sentimientos de abatimiento, pesadumbre, llanto, infelicidad, e incluso irritabilidad y tristeza.
- Síntomas motivacionales. Los síntomas -indicadores- que comprenden este núcleo son la apatía, la indiferencia, la anhedonia, disminución en la capacidad de disfrute- desalineo personal, ganas de abandonar el estudio y falta de toma de decisiones junto con el estado de ánimo deprimido, el síntoma principal de un estado depresivo, el levantarse de la cama por las mañanas o asearse pueden convertirse en tareas casi imposibles y, en muchos casos, se abandonan los estudios o el trabajo. Asimismo, tomar decisiones cotidianamente como decidir la ropa para vestirse puede convertirse en una tarea casi insalvable.
- Síntomas cognitivos. Los síntomas -indicadores- que comprenden este grupo son la autodepreciación, la autoculpación, y la pérdida de autoestima.
- Síntomas físicos. Los síntomas que comprenden este núcleo son la pérdida de sueño, la fatiga, la pérdida de apetito, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa evidencia de disminución de la actividad y el deseo sexual.
- Síntomas interpersonales. El síntoma -indicador- principal de este núcleo es que la persona deprimida no tiene por relacionarse con los demás.

Si bien la depresión afecta tanto a niños como a adultos, la presentación de los síntomas puede mostrarse de manera distinta. La depresión infantil tiene un modo de presentación polimorfo y puede enmascarse con los distintos trastornos que aparecen en determinados cuadros psicopatológicos, siendo la irritabilidad un síntoma característico. Los trastornos depresivos entre los adolescentes tienen a menudo un curso crónico y con altibajos, que muchas veces persiste en la edad adulta.

#### 2.1.2.2 Diagnóstico de la depresión

La depresión se ha instaurado como una de las condiciones de salud más comunes y a la vez más difíciles de delimitar, como por ejemplo los cambios de humor de un adolescentes, estos podrían ser confundidos con depresión, por otro lado una persona podría presentar síntomas depresivos pero estos podrían estar circunscritos a

otro trastorno, por lo que el diagnóstico lo realizará el profesional por medio de una entrevista, elaboración de una historia clínica y con el apoyo de instrumentos de medición psicológica. Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves (CIE 10).

La Asociación Americana de Psiquiatría, (2014) en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM – 5), clasifica sistemáticamente los trastornos mentales en categorías diagnósticas con la finalidad de facilitar el diagnóstico clínico y la investigación científica. Según el DSM-5 los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (que incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo y otro trastorno depresivo no especificado. De todos estos el trastorno depresivo mayor es el de mayor recurrencia, siendo sus criterios diagnósticos los siguientes:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
  2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
  3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
  6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
  9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Según la gravedad, número de síntomas y el grado de discapacidad funcional se puede clasificar la depresión en:

- Leve: Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.
- Moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los específicos para leve o grave.
- Grave: El número de síntomas supera notablemente los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren en el funcionamiento social y laboral.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), actualmente en su décima edición, es la publicación donde se encuentra la lista de clasificación médica central de la OMS. Se desarrolló en 1992 con el propósito de rastrear estadísticas de mortalidad. La depresión aparece clasificada dentro del capítulo dedicado a los Trastornos del humor como Episodio Depresivo (F32).

En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido.

Los criterios diagnósticos del Episodio Depresivo son los siguientes:

A. Criterios generales para episodio depresivo

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

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

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

- C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:
1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
  2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada
  3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida
  4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones
  5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición
  6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo
  7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso
- D. Puede haber o no síndrome Somático

Típos de depresión:

- Episodio depresivo leve (F32.0): Presenta dos o tres síntomas del grupo B. Estos pacientes, por lo general, son capaces de continuar con sus actividades habituales con total normalidad.
- Episodio depresivo moderado (F32.1): El paciente presenta al menos dos síntomas del grupo B y un cierto número del grupo C, hasta conformar un mínimo de seis síntomas. Estos pacientes presentan dificultades manifiestas para el desarrollo de las actividades habituales.
- Episodio depresivo grave (F32.2): Presentan todos los síntomas del grupo B, unidos a varios del grupo C, hasta conformar un mínimo de ocho síntomas. Estos pacientes presentan una situación emocional marcadamente ligada a la angustia, especialmente con pérdida de autoestima y sentimientos intensos de culpa e inutilidad.

#### 4.2.2.3 Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en Niños y Adolescentes

Escala de Birleson (Depresión Self Rating Scale, DSRS), fue creada por Peter Birleson en Inglaterra en el año de 1981, es una escala Autoaplicada concebida desde sus inicios para medir trastornos depresivos moderados o severos en niños y adolescentes y puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento (De la Peña F.; et al. Citado en Chuquimia, 2015) .

En un principio la Escala de Birleson (DSRS) constaba de 18 reactivos, 10 de ellos redactados en forma positiva y 8 en forma negativa. Birleson parte de un concepto operacional de la depresión infantil para la elaboración de este instrumento al incluir los síntomas afectivos, cognitivos y somáticos de la depresión. Originalmente, la DSRS está diseñada para evaluar la presencia y severidad de sintomatología depresiva en niños de 7 a 13 años, sin embargo, estudios posteriores han demostrado su utilidad y validez en población adolescente. (Luza, 2015)

Perú en el 2005 s, Roxana Vivar et al. Realizan la validación de la Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en niños y Adolescentes. Con el fin de incluir un mejor número de síntomas depresivos mediante la escala de Birleson, se realizó una adaptación a la escala original, agregando los ítems: ideación suicida, alteraciones en la concentración, irritabilidad, desesperanza, somatización y pérdida de placer por compartir con pares; se retiró el ítem “me gusta hablar con mi familia”, por considerarlo poco específico para el trastorno depresivo. Se realizaron algunos cambios de vocablos de acuerdo a la cultura peruana, para asegurar una mayor comprensión de la escala por parte de los pacientes. Se realizó la adaptación de la escala original y se sometió a juicio de expertos.

Se aplicó a 215 niños y adolescentes de ambos sexos entre 8 y 18 años: 84 con diagnóstico de depresión; 73 con trastorno de ajuste y síntomas depresivos, y 158 libres de enfermedad mental (normales). Se determinó la confiabilidad

interevaluador utilizando los índices de correlación de Pearson y Spearman, y la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach.

La validez de criterio se determinó mediante el uso de la sensibilidad y especificidad. La confiabilidad en el tiempo en los grupos de pacientes con depresión ( $r = 0.89$ ) y sanos ( $r = 0.78$ ) son altos y un valor menor en el grupo de pacientes de trastorno de ajuste con síntomas de depresión ( $r = 0.54$ ). El punto de corte es 13 puntos y valores de 13 a 21 indican la presencia de síntomas depresivos, mientras que valores de 22 o superiores indican la presencia de depresión mayor. Concluyendo que la escala modificada de Birleson tiene alta confiabilidad y se constituye en un instrumento para diagnóstico y seguimiento de niños y adolescentes con trastorno depresivo.

Vázquez-Pizaña, Fonseca-Chon, Padilla-Villarreal, Pérez-Hernández, & Gómez-Rivera (2005) investigaron el “Diagnóstico de depresión con la escala de Birleson en adolescentes con intento de suicidio y sanos” que buscaba determinar la utilidad de la Escala de Birleson para el diagnóstico de depresión en adolescentes con intento de suicidio y sanos. Se realizó un estudio comparando los adolescentes con intento de suicidio y sanos seleccionados al azar con características similares en edad y sexo. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, factores socioculturales, factores de riesgo suicida, diagnóstico, tratamiento y evolución. Se utilizó la Escala de Birleson la cual tiene un punto de corte de 15 para el diagnóstico de depresión. Se estudiaron 120 adolescentes, 60 con intento de suicidio y 60 sanos, predominó el sexo femenino, el promedio de edad fue de 14 años; originarios de Hermosillo 76%, predominó la religión católica 75%. La diferencia de los grupos fue que en los adolescentes con intento de suicidio en los antecedentes familiares presentaron significancia estadística: familia disfuncional, violencia familiar, toxicomanías, trastornos psiquiátricos y antecedente de intento de suicidio; en cuanto los factores personales se encontró en equivalentes depresivos, depresión y antecedente de intento de suicidio. La Escala de Birleson mostró una diferencia de 4.4 puntos, con 14.7 para los que intentaron el suicidio y 10.3 para los sanos, encontrando significancia estadística  $P < 0.0001$ . En este estudio se encontró que la Escala de Birleson puede orientarnos al diagnóstico

de depresión en adolescentes con intento de suicidio, ya que presentan más intensificados los rasgos depresivos, que son factores importantes del riesgo suicida.

### 2.1.3 DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

A nivel mundial la OMS (2017) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. En esta etapa se lleva a cabo una de las transiciones más importantes en la vida del ser humano, caracterizado por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes.

En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI (2014) referencia al D.L. 26102 del Perú, que considera niño a todo ser humano desde su concepción hasta cumplir los 12 años de edad y adolescente desde los 12 años hasta cumplir los 18 años de edad, momento que se adquiere la mayoría de edad.

El aumento de la emocionalidad negativa y la variabilidad del comportamiento adolescente se han relacionado en diferentes estudios con los cambios hormonales en este periodo. Niveles elevados de andrógenos se asocian a conductas violentas e impulsivas, mientras que existen algunos indicios que relacionan niveles elevados de estrógenos con depresión (Angold, Costello, & Worthman, 1999, van Goozen et al., 1998 citados en “Psicología de la Educación,” n.d.). Si bien los cambios fisiológicos de la adolescencia mencionados son prácticamente iguales en todos los individuos, los cambios psicológicos, por otro lado, difieren de acuerdo al contexto económico, social y cultural de cada generación.

Los trastornos emocionales tienen una mayor incidencia durante esta etapa por 2 motivos: por una parte, cualquier período de adaptación o cambio posibilita que aparezca sintomatología emocional, y en segundo lugar, el propio egocentrismo del adolescente hace que se fije más en sus emociones y el exceso de atención a éstas dificulta la regulación emocional (Méndez, 2009).

Aproximadamente entre los 14 y 16 años las preocupaciones psicológicas giran prioritariamente en torno a la afirmación personal - social y afloran las vivencias del amor. La búsqueda de canalización de los emergentes impulsos sexuales, la exploración de las capacidades sociales, y el apoyo en la aceptación por el grupo de pares dinamizan la afirmación personal y social en la adolescencia (Krauskopof, 1999).

Blum (encontrado en Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2004) considera que los jóvenes son uno de los grupos etéreos que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social.

Esta variabilidad en el estado anímico de los adolescentes puede confundirse comúnmente con desórdenes depresivos, sin embargo se observa que a diferencia de un trastorno depresivo la duración de los episodios es breve y de variable intensidad, muchas veces condicionado a variables ambientales.

Los niños y los adolescentes pueden tener trastornos depresivos a cualquier edad, pero la prevalencia es mucho mayor a medida que esta aumenta. Esta depresión suele mostrar síntomas de irritabilidad, alejamiento de sus padres y compañeros y empeoramiento del rendimiento escolar, lo que provoca un aislamiento social catastrófico. Las manifestaciones centrales del trastorno depresivo mayor son notablemente parecidas en niños, adolescentes y adultos, aunque la expresión clínica de dichas manifestaciones varía en función del grado de madurez del individuo (Chuquimia, 2015).

Callabed y cols. (citado en Ayllón, 2009) encontraron que las niñas adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños. Entre los factores de riesgo se encuentran eventos de la vida generadores de estrés, en particular la pérdida de un padre por muerte o por divorcio, maltrato infantil (físico

y/o sexual), atención inestable, falta de habilidades sociales, enfermedad crónica y antecedentes familiares de depresión. Asimismo refieren que las teorías explicativas actuales son de carácter multifactoriales e integran los modelos unifactoriales que se han postulado hasta la fecha surgiendo la interacción básica entre dos tipos de factores, los de carácter predisponentes (factores genéticos, temperamentales y experienciales tempranos) y de carácter precipitantes o desencadenantes (biológicos, socioculturales, familiares y/o acontecimientos vitales).

En los niños y adolescentes, la depresión tiene gran impacto sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales. También existen evidencias de la posible continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y de su prolongación durante la etapa adulta, lo cual se ve reflejadas en los altos índices de consultas y hospitalizaciones psiquiátricas y en los problemas laborales y de relación en el futuro que origina. Por otra parte, los trastornos depresivos se encuentran asociados con abuso de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y con aumento de la violencia y de la agresividad, así como de trastornos de la conducta alimentaria, por lo que la depresión en la adolescencia, además del propio coste personal, puede conllevar un grave coste social (Álvarez, Atienza, Liñero, Fernández, & Ferrer, 2009). En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, por déficit de atención, de ansiedad, relacionados con sustancias, y de la conducta alimentaria (Méndez, Olivares & Ros, 2001 citado en Pardo et al., 2004).

#### 2.1.4 MODELO BIOPSIICOSOCIAL

El modelo biopsicosocial postulado por Engel en 1977, se elaboró bajo la creencia que:

Todos los fenómenos importantes relativos a la salud participaban de aspectos biológicos, pero también psicológicos y de carácter social. Recordemos que en aquellos años la ciencia deja de separar para empezar a ensamblar, y así nace la ecología, la teoría del caos o, en el campo de la

psicología, la terapia familiar sistémica. En todos estos casos se adivina el esfuerzo por dibujar un cuadro amplio de la realidad y descubrir relaciones inaparentes, por ejemplo, entre cáncer y estrés, personalidad y enfermedad cardiovascular, o asma y relaciones intrafamiliares. Engel no negaba que la corriente biomédica había aportado grandes avances a la medicina, pero la criticaba –de manera brillante– por varias razones:

1. Una alteración bioquímica no siempre se traduce en enfermedad. Ésta aparece por la interrelación de diversas causas, no sólo moleculares, sino también psicológicas y sociales. A la inversa: de alteraciones psicosociales pueden derivarse enfermedades o «dolencias» que constituyen problemas de salud, incluso a veces con correlación bioquímica.
2. La simple anomalía biológica no arroja ninguna luz sobre la significación última de los síntomas para el paciente, ni asegura tampoco las actitudes y habilidades del clínico para recoger la información y procesarla de manera adecuada.
3. Las variables de índole psicosocial suelen ser importantes a la hora de determinar la susceptibilidad, gravedad y curso del padecimiento más biológico que pudiera considerarse.
4. La aceptación del rol de enfermo no viene determinado de manera mecánica por la presencia de una anomalía biológica.
5. El tratamiento biológico puede tener diversas tasas de éxito influido directamente por variables psicosociales, tal como deja patente el llamado efecto placebo, entre otros.
6. Además, la relación del profesional de la salud con el paciente también influye en el resultado terapéutico, aunque sólo sea por la influencia que pueda tener sobre el cumplimiento del tratamiento. (Borrell, 2002)

Cada vez más las condiciones de vida y los estilos de vida, se consideran como variables significativas que modifican el momento de aparición y el curso de las enfermedades (Vanegas & Gil, 2007). Un ejemplo observable es la depresión del

sistema inmune durante períodos de duelo. García-Viniegras, Abalo, A, & Pedreira, (2014) exponen que:

Algunas alteraciones que pueden presentar los familiares en estas circunstancias son: agotamiento físico y mental; labilidad emocional; depresión; trastornos de ansiedad, especialmente miedos; conductas de consumo abusivas (alcohol, tabaco, comida, compras, etc.); trastornos del sueño (insomnio, pesadillas); alteraciones del apetito y el peso; síntomas hipocondríacos; reacciones fóbicas; conducta dependiente; problemas laborales; regresión conductual (por ejemplo: en niños, una falla en el control de esfínteres); problemas de aprendizaje, concentración, escolaridad y conducta.

En algunas familias, la depresión severa se presenta de generación en generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo suele estar relacionado con causas biológicas (MINSA, 2005).

Desde la perspectiva del Modelo Biopsicosocial, se entiende que la salud mental y de los trastornos mentales es el resultado de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales y no puramente en términos biológicos. Incluyen, no solo características individuales tales como la capacidad para reconocer, evaluar y adecuar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. Otros factores que pueden causar trastornos mentales son el estrés, la herencia genética, la alimentación, las infecciones perinatales y la exposición a riesgos ambientales.

## 2.2 DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

- Adolescente: Adolescencia es un término que tiene su origen en el verbo latino *adolescere*, que significa crecer, desarrollarse, por otro lado Adolescente deriva del participio presente que es activo, por tanto es el que está creciendo, en oposición al pasado, que se correspondería al sujeto adulto, que ya ha crecido (“Psicología de la Educación,” n.d.). La OMS (2017) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Es considerada como una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos.
- Depresión: conjunto de desórdenes de la afectividad, cuyo rasgo esencial y común es una alteración del estado de ánimo que afecta áreas cognitivas, psicomotoras, psicofisiológicas e interpersonales (Conrado, 2012).
- Estudiante: persona que recibe enseñanza, respecto de un profesor o de la escuela, colegio o universidad donde estudia (Real Academia Española, 2014).
- Factores asociados: De acuerdo con el Diccionario de Leyes de Black (Campbell, n.d.), los factores sociodemográficos son las características del estado social, y se expresa en la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia, y la edad de matrimonio.
- Institución educativa: Una institución es una cosa establecida o fundada, se trata de un organismo que cumple con una función de interés público, en este caso el de impartir educación. La institución educativa es un espacio estratégico de formación y desarrollo, pues es allí donde los alumnos elaboran conocimientos, fortalecen hábitos e internalizan los valores que los conducirán hacia una vida plena (Ministerio de Salud, 2005).

- Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en niños y Adolescentes: adaptación a la escala original de Peter Birleson (1981) con el fin de incluir un mejor número de síntomas depresivos, desarrollada en nuestro país, por Vivar, Pacheco, Adrianzen, Macciotta, & Marchena en el 2005.

### III. MÉTODO

#### 3.1 HIPOTESIS

Existe asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y los trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una institución educativa. Iquitos 2018.

#### 3.2 VARIABLES

##### 3.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

- a) Edad: Años de vida cumplidos desde el nacimiento de los sujetos de estudio hasta la fecha de recolección de datos. “Número de años completos transcurridos desde el nacimiento” (Instituto Nacional de Estadística de España, 2017).
- b) Sexo: Deriva del lat. *sexus*. Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Sexo masculino, femenino. Según la OMS se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos, tienden a diferenciar a los humanos como hombres y mujeres.
- c) Procedencia: Origen, principio de donde nace o se deriva algo. Habitualmente que se puede conocer, ya sea de un objeto o de una persona es la nacionalidad que la misma presenta.

- d) Personas con quien vive: se refiere al hecho de habitar en conjunto dos o más personas. La acción y resultado de cohabitar juntamente con otra y otras personas. Hacer una vida conyugal, matrimonial y de amancebarse.
  
- e) Dependencia económica: persona o personas que brindan sustento, habitación, vestido, educación, instrucción y capacitación para el trabajo, asistencia médica y recreación del niño o del adolescente (Congreso de la República, 2000)
  
- f) Consumo: Autoadministración de una sustancia (alcohol o drogas) psicoactiva (OMS, 2004). Se entenderá como consumo el uso de las sustancias lícitas e ilícitas anteriormente indicadas, una o más veces en un período de tiempo específico; en particular los siguientes:
  - Consumo de alcohol
  - Consumo de drogas

### 3.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE: TRASTORNOS DE DEPRESIÓN

Depresión es un término que agrupa un conjunto de desórdenes de la afectividad, cuyo rasgo esencial y común es una alteración del estado de ánimo que afecta áreas cognitivas, psicomotoras, psicofisiológicas e interpersonales (Conrado, 2012). Se medirá a través de 3 indicadores: Sin depresión, con síntomas de depresión, con depresión.

### 3.2.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>INDICE</b>	<b>ESCALA</b>
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor edad: Cuando el estudiante al momento de responder el cuestionario tenga entre 14 a 16 años de edad.</li> <li>- Mayor edad: Cuando el estudiante al momento de responder el cuestionario tenga entre 17 a 19 años de edad.</li> </ul>	Nominal
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mujer: Cuando la estudiante es mujer</li> <li>- Hombre: Cuando el estudiante es varón</li> </ul>	
	Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urbano</li> <li>- Periurbano</li> </ul>	
	Personas con quien vive	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Papá y mamá</li> <li>- Solo con papá</li> <li>- Solo con mamá</li> <li>- Otros</li> </ul>	
	Dependencia económica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Papá y mamá</li> <li>- Solo papá</li> <li>- Solo mamá</li> <li>- Otros</li> </ul>	
	Consumo de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consume sustancias (alcohol, drogas o ambos): cuando responde SI al momento de contestar el cuestionario.</li> <li>- No consume sustancias (alcohol, drogas o ambos): cuando responde NO al momento de contestar el cuestionario.</li> </ul>	
<b>VARIABLE DEPENDIENTE TRASTORNO DE DEPRESIÓN</b>	Sin depresión	<b>INSTRUMENTO ITEMS: 1,2,4,7,8,9,13,18 3,5,6,10,15,16,17,19,20,21</b>	Ordinal
	Con síntomas depresivos		
	Con depresión		

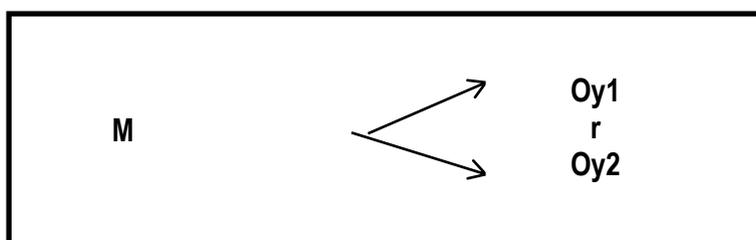
### 3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

En la presente tesis se empleó el método cuantitativo, porque se enfatiza el razonamiento deductivo y los atributos medibles de las variables en el estudio, permitiendo recolectar y analizar la información a través de la aplicación de técnicas estadísticas descriptivas.

#### 3.3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En el estudio se empleó el diseño no experimental de tipo correlacional y Transversal.

- No Experimental: porque el estudio se desarrolla sin manipulación de las variables, es decir se observan los fenómenos tal como se dieron en su contexto natural, para después ser analizados.
- Descriptivo: porque nos permitió registrar y describir las variables Factores sociodemográficos (Edad, Sexo, Procedencia, Personas con quien vive, Consumo de drogas, y Consumo de alcohol) y trastornos de Depresión (Sin depresión, Con síntomas depresivos, Depresión).
- Transversal: porque nos permitió registrar y describir el comportamiento de las variables, Factores sociodemográficos y trastornos de Depresión en un momento dado.
- Correlacional: porque nos permitió evidenciar la relación entre la variable Factores sociodemográficos y trastornos de Depresión estableciendo causa-efecto.



- M** : Muestra  
**R** : Relación  
**OY1** : Observaciones de la variable independiente  
**OY2** : Observaciones de la variable dependiente

### 3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.4.1 POBLACIÓN

La población objetivo del estudio estuvo constituida por 229 estudiantes de ambos sexos matriculados durante el año 2018 en el turno de la mañana que cursan el 5to año de secundaria de la I.E.P.I.P.S. Mariscal Oscar R. Benavides (MORB). Se eligió esta institución educativa por ser una de las más representativas de nuestro medio.

#### 3.4.2 MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 144 estudiantes de ambos sexos matriculados durante el año 2018 en el turno de la mañana que cursan el 5to año de secundaria en la I.E.P.I.P.S. Mariscal Oscar R. Benavides.

Para determinar el tamaño de muestra se utilizó la fórmula para población finita, con proporciones y con error absoluto, la fórmula detalla la a continuación:

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

n	Muestra que está sujeto a estudio.
Z <sup>2</sup>	1.96 (punto crítico normal para un nivel de confianza del 95%)
p	0.5, proporción de la muestra.
q	0.5, complemento de p.
E <sup>2</sup>	Nivel de precisión.
N	Tamaño de la población accesible.

$$n = \frac{229 * (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}{(0.05)^2 * (229 - 1) + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}$$

$$n = 144 \text{ Alumnos}$$

Haciendo uso del marco muestral proporcionado por la Institución Educativa, se aplicó la fórmula de afijación proporcional para determinar la distribución de la muestra por sección y sexo.

**Afijación proporcional:**

$$W_i = \frac{N_i}{N} \quad n_i = W_i * n$$

Sección	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
A	9	9	18
B	14	8	22
C	5	10	15
D	8	7	15
E	6	10	16
F	10	23	23
G	11	6	17
H	6	12	18
Total	69	85	144

El tipo de muestreo que se empleó fue el muestreo probabilístico por muestreo aleatorio al azar. La unidad de estudio se conformó por los estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Con un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$

**3.4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Formaron la muestra definitiva del estudio aquellos estudiantes que reunieron los siguientes criterios:

- Que deseen participar voluntariamente en el estudio
- Estudiantes de ambos sexos matriculados en el 5 grado de secundaria del año 2018 en la IEPiPS Mariscal Oscar R. Benavides.
- Que se encontraban matriculados en el turno de la mañana y que cursen el quinto año de secundaria.
- De ambos sexos.
- Menores de 18 años.

#### 3.4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Serán excluidos del estudio aquellos estudiantes que no cumplan con los criterios que son:

- Estudiantes que no deseen participar voluntariamente en el estudio
- Estudiantes que no se encontraban matriculados durante el año 2018 en la IEPIPS Mariscal Oscar R. Benavides.
- Que fueran del turno de la tarde.
- Que cursaran el 1ro al 4to año de secundaria.
- Que tuvieran más de 18 años.

#### 3.5 TÉCNICAS

Las técnicas que se utilizaron en el estudio para recolectar la información fueron:

- Entrevistas

Es una técnica que nos permitió interrelacionarnos con los estudiantes de ambos sexos matriculados durante el año 2018 en el turno de la mañana que cursan el 5to año de secundaria en la IEPIPS Mariscal Oscar R Benavides (M.O.R.B), donde se estableció un dialogo mutuo y a la vez facilitó la recolección de la información directa de los sujetos de la muestra de estudio.

- Encuestas

Técnica que nos permitió recolectar la información, invitando a los sujetos de estudio a contestar una serie de preguntas de un cuestionario en relación con el problema que se investiga y la hipótesis que se quiere comprobar.

### 3.5.1 INSTRUMENTO

Los instrumentos que se emplearon en el presente estudio de investigación fueron los siguientes:

- Cuestionario: el cual facilitó la recolección de datos en relación a las variables independientes: edad, sexo, procedencia, personas con quien vive, consumo de alcohol y consumo de drogas.
- Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en niños y Adolescentes, originalmente diseñado por Peter Birleson en 1981, el instrumento fue validado para Perú por Vivar et al. (2005), con una confiabilidad de Pearson 0.89, Alpha de Cronbach 0.73. También fue utilizado por La Rosa, Lima 2016.
- Originalmente, la DSRS está diseñada para evaluar la presencia y severidad de sintomatología depresiva en niños de 7 a 13 años, sin embargo, estudios posteriores han demostrado su utilidad y validez en población adolescente.
- El tiempo de respuesta del instrumento varía, dependiendo de cada sujeto, entre 5 a 10 minutos
- La escala de Birleson es unidimensional, ya que solo mide el constructo teórico depresivo, es un instrumento sencillo y auto aplicable tipo Lickter de aplicación individual o grupal.
- La escala consta de 21 ítems teniendo como respuesta para cada uno siempre, a veces y nunca, marcando como opción solo una de estas. Cada respuesta tiene un valor de 0 a 2, siendo la puntuación máxima de 42 puntos. Nueve de los reactivos(1,2,4,7,8,9,13,18) se califican de 0 a 2(0 siempre, 1 a veces, 2 nunca) y doce(3,5,6,10,15,16,17,19,20,21) de 2 a 0(2 siempre, 1 a veces, 0 nunca).

### 3.5.2 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos estuvo bajo la responsabilidad de la (os) investigadora (es) que asistieron con uniforme, durante 4 días en turno de la mañana, según el tiempo programado.

a) Antes de la recolección de datos:

- Se solicitó al Decano de la Facultad de Psicología; los documentos necesarios para tramitar la autorización al Director de la IEPIPS Mariscal Oscar R. Benavides, donde se llevó a cabo el estudio.
- Aprobada la autorización se coordinó con el o los encargados de los salones, el horario para la aplicación de los instrumentos.

b) Durante la Recolección de datos:

- Se coordinó el ambiente para la aplicación de los instrumentos.
- Previa a la recolección se solicitó el consentimiento informado correspondiente (Anexo 1).
- La recolección de datos se realizó en el turno de la mañana según el tiempo coordinado.
- Se explicó a los participantes el propósito del estudio, solicitando su colaboración, veracidad, sinceridad, e individualidad en sus respuestas.

c) Después de la recolección de datos.

- Se verificó que los instrumentos estén correctamente llenados.
- Se procedió a la sistematización de la información para su análisis e interpretación posterior.

### 3.5.3 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para realizar el análisis univariado de los datos se usó la estadística descriptiva (frecuencias simples y porcentajes). Así mismo para el análisis bivariado se empleó la estadística Inferencial No Paramétrica denominada Chi Cuadrada ( $\chi^2$ ), para determinar la asociación de las variables en estudio, con un nivel de significancia  $\alpha = 0.05$ . El paquete estadístico empleado fue el Software PASW Statistics V.18.0

#### IV. RESULTADOS

**Tabla 1**

**Factores sociodemográficos en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.**

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Edad (<math>\bar{X} = 16.15</math> <math>S = 0.61</math>)</b>		
Menor edad	117	81.25
Mayor edad	27	18.75
Total	144	100.0
<b>Sexo</b>		
Hombre	71	49.31
Mujer	73	50.69
Total	144	100.0
<b>Procedencia</b>		
Urbano	133	92.36
Periurbano	11	7.64
Total	144	100.0
<b>Personas con quien vive</b>		
Ambos padres	85	59.03
Sólo padre	6	4.17
Sólo madre	28	19.44
Otros	25	17.36
Total	144	100.0
<b>Dependencia económica</b>		
Ambos padres	95	65.97
Sólo padre	18	12.50
Sólo madre	23	15.97
Otros	8	5.56
Total	144	100.0
<b>Consumo de sustancias</b>		
Sí	28	19.44
No	116	80.56
Total	200	100.0

Fuente: Propio del autor

En la tabla 1, se observa el 100.0% (144) de los estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa, Iquitos 2018, de los cuales el 81.25% (117) fueron calificados con menor edad y un 18.75% (27) calificados como mayor edad.

Con respecto a la variable sexo, el 49.31% (71) fueron hombres mientras que las mujeres representaron el 50.69% (73).

La procedencia del 92.36% (133) de los estudiantes fue de la zona urbana, contra el 7.64% (11) que proceden de la zona periurbana.

El 59.03% (85) de los estudiantes dijeron convivir con ambos padres, el 4.17% (6) dijo vivir sólo con su padre, el 19.44% (28) sólo con su madre y el 17.36% (25) manifestaron que conviven con otras personas.

Asimismo, el 65.97% (95) de los estudiantes manifestaron depender económicamente de ambos padres, el 12.50% (18) dijo depender sólo con su padre, el 15.97% (23) sólo de su madre y un porcentaje menor de estudiantes que representa al 5.56% (8) dijeron que dependencia económica se debe a otras persona.

**Tabla 2**

**Trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.**

<b>Trastorno de depresión</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin depresión	94	65.28
Con síntomas depresivos	44	30.55
Depresión	6	4.17
Total	144	100.0

Fuente: Propio del autor

En la tabla 2, se observa el 100.0% (144) de los estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa, Iquitos 2018, donde el 65.28% (94) no presentaron depresión, el 30.55% (44) de ellos presentaron síntomas depresivos y el 4.17% (6) fueron evaluados con depresión.

**Tabla 3**  
**Edad y trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una**  
**Institución Educativa. Iquitos 2018.**

Edad	Trastornos de depresión						Total		
	Sin depresión		Con síntomas depresivos		Depresión		n	%	
	n	%	N	%	n	%			
Menor edad	82	56.94	29	20.14	6	4.17	117	81.25	
Mayor edad	12	8.34	15	10.41	0	0.0	27	18.75	
Total	94	65.28	44	30.55	6	4.17	144	100.0	
		<b>X<sup>2</sup> = 10.391</b>		<b>GL = 2</b>		<b>p = 0.006</b>		<b>α = 0.05</b>	

Fuente: Propio del autor

En la tabla 3, se observa el 100.0% (144) de los estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa, Iquitos 2018, donde el 4.17% (6) presentaron depresión y son estudiantes con menor edad.

Al realizar el análisis estadístico se encontró un valor de Chi cuadrado  $X^2_c = 10.391$ , y un  $p = 0.006 < \alpha = 0.05$ , por lo que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe asociación estadísticamente significativa entre la edad y el trastorno de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.

**Tabla 4**  
**Sexo y trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una**  
**Institución Educativa. Iquitos 2018.**

Sexo	Trastornos de depresión						Total	
	Sin depresión		Con síntomas depresivos		Depresión		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Hombre	56	38.89	14	9.72	1	0.70	71	49.31
Mujer	38	26.39	30	20.83	5	3.47	73	50.69
Total	94	65.28	44	30.55	6	4.17	144	100.0

**$X^2 = 11.906$      $GL = 2$      $p = 0.003$      $\alpha = 0.05$**

Fuente: Propio del autor

En la tabla 4, se observa el 100.0% (144) de los estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa, Iquitos 2018, donde el 4.17% (6) presentaron depresión de los cuales el 3.47% (5) fueron estudiantes mujeres.

Al realizar el análisis estadístico se encontró un valor de Chi cuadrado  $X^2_c = 11.906$ , y un  $p = 0.003 < \alpha = 0.05$ , por lo que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe asociación estadísticamente significativa entre la variable sexo y el trastorno de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.

**Tabla 5**

**Procedencia y trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.**

Procedencia	Trastornos de depresión						Total	
	Sin depresión		Con síntomas depresivos		Depresión		n	%
	N	%	n	%	n	%		
Urbano	84	58.33	44	30.55	5	3.48	133	92.36
Periurbano	10	6.95	0	0.00	1	0.69	11	7.64
Total	94	65.28	44	30.55	6	4.17	144	100.0

**$X^2 = 5.531$      $GL = 2$      $p = 0.063$      $\alpha = 0.05$**

Fuente: Propio del autor

En la tabla 5 , se observa el 100.0% (144) de los estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa, Iquitos 2018, donde el 65.28% (94) no presentaron depresión de los cuales el 58.33% (84) fueron estudiantes procedentes de las zonas urbanas.

Al realizar el análisis estadístico se encontró un valor de Chi cuadrado  $X^2_c = 5.531$ , y un  $p = 0.063 > \alpha = 0.05$ , por lo que se rechaza la hipótesis planteada, es decir no existe asociación estadísticamente significativa entre la variable procedencia y el trastorno de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.

**Tabla 6**

**Personas con quien vive y trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.**

Personas con quien vive	Trastornos de depresión						Total		
	Sin depresión		Con síntomas depresivos		Depresión		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Ambos padres	55	38.19	26	18.06	4	2.78	85	59.03	
Sólo padre	5	3.48	1	0.69	0	0.00	6	4.17	
Sólo madre	21	14.58	6	4.17	1	0.69	28	19.44	
Otros	13	9.03	11	7.64	1	0.69	25	17.36	
Total	94	65.28	44	30.55	6	4.17	144	100.0	
		<b>X<sup>2</sup> = 4.340</b>		<b>GL = 6</b>		<b>p = 0.631</b>		<b>α = 0.05</b>	

Fuente: Propio del autor

En la tabla 6, se observa el 100.0% (144) de los estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa, Iquitos 2018, donde el 65.28% (94) no presentaron depresión de los cuales el 38.19% (55) manifestaron convivir con ambos padres.

Al realizar el análisis estadístico se encontró un valor de Chi cuadrado  $X^2_c = 4.340$ , y un  $p = 0.631 > \alpha = 0.05$ , por lo que se rechaza la hipótesis planteada, es decir no existe asociación estadísticamente significativa entre la variable personas con quien vive y el trastorno de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.

**Tabla 7**

**Dependencia económica y trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.**

Dependencia económica	Trastornos de depresión						Total	
	Sin depresión		Con síntomas depresivos		Depresión		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Ambos padres	65	45.14	28	19.43	2	1.40	95	65.97
Sólo padre	11	7.64	6	4.17	1	0.69	18	12.50
Sólo madre	14	9.72	6	4.17	3	2.08	23	15.97
Otros	4	2.78	4	2.78	0	0.00	8	5.56
Total	94	65.28	44	30.55	6	4.17	144	100.0
<b><math>X^2 = 7.503</math>    <math>GL = 6</math>    <math>p = 0.277</math>    <math>\alpha = 0.05</math></b>								

Fuente: Propio del autor

En la tabla 7, se observa el 100.0% (144) de los estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa, Iquitos 2018, donde el 65.28% (94) no presentaron depresión de los cuales el 45.14% (65) manifestaron depender económicamente de ambos padres.

Al realizar el análisis estadístico se encontró un valor de Chi cuadrado  $X^2_c = 7.503$ , y un  $p = 0.277 > \alpha = 0.05$ , por lo que se rechaza la hipótesis planteada, es decir no existe asociación estadísticamente significativa entre la variable dependencia económica y el trastorno de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.

**Tabla 8**

**Consumo de sustancias y trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.**

Consumo de sustancias	Trastornos de depresión						Total	
	Sin depresión		Con síntomas depresivos		Depresión		n	%
	n	%	n	%	N	%		
Sí	18	12.50	9	6.25	1	0.69	28	19.44
No	76	52.78	35	24.30	5	3.48	116	80.56
Total	94	65.28	44	30.55	6	4.17	144	100.0

**$X^2 = 0.063$      $GL = 2$      $p = 0.969$      $\alpha = 0.05$**

Fuente: Propio del autor

En la tabla 8, se observa el 100.0% (144) de los estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa, Iquitos 2018, donde el 65.28% (94) no presentaron depresión de los cuales el 52.78% (76) manifestaron no consumir sustancias.

Al realizar el análisis estadístico se encontró un valor de Chi cuadrado  $X^2_c = 0.063$ , y un  $p = 0.969 > \alpha = 0.05$ , por lo que se rechaza la hipótesis planteada, es decir no existe asociación estadísticamente significativa entre la variable consumo de sustancias y el trastorno de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.

## V. DISCUSION

El objetivo del estudio fue determinar si existe asociación entre los factores sociodemográficos (edad, sexo, procedencia, personas con quien vive, consumo de drogas, consumo de alcohol) y los trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una institución educativa. Iquitos 2018.

De los resultados obtenidos, el 65.28% (94) no presentaron trastorno de depresión, el 30.55% (44) de ellos presentaron síntomas depresivos y el 4.17% (6) fueron evaluados con depresión, estos resultados difieren con los estudios de Jadán (Ecuador 2017) que encontró una prevalencia de depresión 65.75%. También difieren con De la Rosa (Lima 2016) quien encontró de 160 escolares, el 60% tenía Distimia, mientras que la Depresión mayor se manifestó en el 23,8% de los casos. Así mismo difiere con Fonseca, Paino, Lemos, & Muñiz (España 2011) quien encontró el 2,5% de la muestra total superó el punto de corte de 77 puntos en la RADS, indicativo de una clara gravedad de la sintomatología depresiva. También difiere con la investigación de Leyva, Hernández, & Nava (México 2007) que obtuvo como resultado en general que la frecuencia de depresión fue de 29.8 %. Se encontró diferencias con (Vargas et al., 2010) que obtuvieron una prevalencia actual del episodio depresivo en adolescentes de 8.6% (IC 95%: 6.7-11.1%). Asimismo con Zavaleta (Lima 2015), donde encontró que el 38,6 % tuvieron antecedente de episodio depresivo; también la investigación de Sánchez & Sánchez, (Iquitos 2017) que encontró un 17,2% de adolescentes resultaron con Niveles de Depresión leve a Moderada y el 14.4% obtuvieron Nivel de Depresión moderada a Intensa a través de la aplicación de instrumento de adaptabilidad de Depresión de Zung.

Respecto al resultado inferencial el porcentaje de estudiantes con depresión (4.17 %) es más bajo con respecto a estudios de similar diseño, sin embargo podemos inferir la presencia de algunos factores protectores, tales como buen sentido del humor, buenas relaciones de amistad, relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia, logros personales valorados socialmente, etc. Esto se hace evidente en el alto número de estudiantes que presentan síntomas depresivos (30.55%), más no una alteración significativa. Por otro lado el análisis por factores nos dice:

Con respecto al factor sociodemográfico Edad, la edad predominante fue la menor edad (15 a 16 años) donde el 4.17% (6) presentaron depresión y al realizar el análisis

estadístico se encontró un valor de Chi cuadrado  $X^2_c = 10.391$ , y un  $p = 0.006 < \alpha = 0.05$ , por lo que se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el trastorno de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018. Este resultado tiene similitud con la investigación de (Leyva et al., 2007) en que la edad promedio fue de 16 años. También con el estudio de (Vargas et al., 2010) donde se observó según el análisis multivariado, asociación estadísticamente significativa con la edad de 15 a 17 años (OR: 2.03; IC 95%: 1.08-3.98).

De estos resultados podemos inferir que la edad es un factor sociodemográfico capaz de influir en el desarrollo de la depresión, en este caso la adolescencia es la etapa en la que los jóvenes se encuentran frente a cambios, nuevos retos e importantes decisiones por tomar que afectan su futuro, y al mismo tiempo cualquier período de adaptación o cambio posibilita que aparezca sintomatología emocional, y el propio egocentrismo del adolescente hace que se fije más en sus emociones y el exceso de atención a éstas dificulta la regulación emocional (Méndez, 2009).

En cuanto al factor sociodemográfico Sexo, el 4.17% (6) presentaron depresión de los cuales el 3.47% (5) fueron estudiantes mujeres. Al realizar el análisis estadístico se encontró un valor de Chi cuadrado  $X^2_c = 11.906$ , y un  $p = 0.003 < \alpha = 0.05$ , que evidencia asociación estadísticamente significativa entre la variable sexo y el trastorno de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018. Estos resultados guardan similitud con los estudios Jadán (Ecuador 2017) que en cuanto al género observa una relación de 1.5 más en las mujeres que en los hombres, tomando en cuenta que en el estudio predominó el género masculino. Es similar al estudio de (Fonseca et al., 2011) en el que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los varones en las sub escalas Disforia y Quejas somáticas, así como en la puntuación total de la RADS. Es similar también a la investigación de Leyva, Hernández, & Nava (México 2007) en que la frecuencia de depresión fue de 29.8 %; en el sexo masculino se identificó en 18.7 % y en la mujer, en 42.4 % ( $p < 0.05$ , OR = 3.2). Del mismo modo con Gómez, (Colombia 2007), donde las mujeres adolescentes se caracterizan a nivel cognitivo por mayor presencia de pensamientos automáticos negativos y a nivel emocional por niveles más altos de afecto negativo y mayor presencia de sintomatología depresiva. Además es similar al estudio de Vargas, Tovar, & Valverde (Lima 2010) donde se observó según el análisis

multivariado, asociación estadísticamente significativa con el sexo femenino (OR: 2.24; IC 95%: 1.16-4.29). Asimismo muestra resultados similares a los de Fernández (Chiclayo 2015) con respecto a los síntomas depresivos se evidencia que la mayoría de adolescentes no presentan síntomas depresivos, aunque el 10% de las mujeres de 16 años, muestran síntomas depresivos mínimos o moderados. La prevalencia de la depresión en mujeres ha sido extensamente reportada, direccionándola como consecuencia de la violencia contra la mujer y la desigualdad de género (Vikram 2017).

En cuanto al factor sociodemográfico Procedencia el 65.28% (94) no presentaron depresión de los cuales el 58.33% (84) fueron estudiantes procedentes de las zonas urbanas. Encontramos un valor de Chi cuadrado  $X^2_c = 5.531$ , y un  $p = 0.063 > \alpha = 0.05$ , donde se establece que no existe asociación estadísticamente significativa entre la variable procedencia y el trastorno de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018. Este resultado difiere con el estudio de Velásquez & Montgomery (Lima 2014) que demostraron que el lugar de residencia de los alumnos también marca algunas diferencias en los componentes de los instrumentos de resiliencia y depresión.

Asimismo, con el factor sociodemográfico Personas con quien vive se encontró que el 65.28% (94) no presentaron depresión de los cuales el 38.19% (55) manifestaron convivir con ambos padres. Al realizar la inferencia estadística, se obtuvo el valor de Chi cuadrado  $X^2_c = 4.340$ , y un  $p = 0.631 > \alpha = 0.05$ , por lo que se rechaza asociación estadísticamente significativa entre la variable personas con quien vive y el trastorno de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018. Estos resultados se diferencian de los encontrados en el estudio de Leyva, Hernández, & Nava (México 2007), donde los adolescentes sin depresión fueron más comunes las familias flexiblemente aglutinadas ( $p < 0.05$ , OR = 0.215), las estructuralmente aglutinadas ( $p < 0.05$ , OR = 0.215) y las rígidamente aglutinadas ( $p < 0.05$ , OR = 0.106). Del mismo modo los resultados difieren con la tesis de De la Rosa (Lima 2016) en lo que respecta a la tipología familiar, encontró que el 46,9% tenía una familia extensa y en un 20,7% familia incompleta. Asimismo, difiere con la tesis de Zavaleta (Lima 2015) donde la desarmonía de mayor frecuencia fue la separación de los padres (34,8 %).

Una de las limitaciones del estudio es que solamente se investigó las variables sociodemográficas y no la funcionalidad de la familia y la influencia de otras características como lo hicieron otros autores. Sin embargo, de estos resultados podemos inferir la presencia de algunos factores que disminuyen el riesgo de depresión. Por ejemplo, tener una afiliación cultural, religiosa o grupal, probablemente mediado por el desarrollo de actitudes cognitivas positivas y la disponibilidad de soporte emocional; tener unos cuidadores responsables (esto disminuye el riesgo de depresión y de psicopatología en general en los niños); tener sentido del humor; una relación estrecha con al menos un familiar y amigos íntimos; la consecución de logros valorados por la sociedad y un coeficiente intelectual normal-alto (Paredes 2007).

Con respecto al factor sociodemográfico Dependencia económica el 65.28% (94) no presentaron depresión de los cuales el 45.14% (65) manifestaron depender económicamente de ambos padres. Presenta un valor de Chi cuadrado  $X^2_c = 7.503$ , y un  $p = 0.277 > \alpha = 0.05$ , que evidencia la ausencia de asociación estadísticamente significativa entre la variable dependencia económica y el trastorno de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018. No se encontraron estudios que permitan realizar similitudes o discrepancias al respecto.

En cuanto al factor sociodemográfico Consumo de sustancias se encontró que 65.28% (94) no presentaron depresión de los cuales el 52.78% (76) manifestaron no consumir sustancias. Al realizar el análisis estadístico se encontró un valor de Chi cuadrado  $X^2_c = 0.063$ , y un  $p = 0.969 > \alpha = 0.05$ , es decir no existe asociación estadísticamente significativa entre la variable consumo de sustancias y el trastorno de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018. Los resultados difieren con los estudios de Jadán (Ecuador 2017) que encontró relación y/o asociación estadística entre las variables en estudio, se tiene relación o significancia estadística encontrándose un valor de  $p < 0,05$  (0,047) en el consumo de drogas en la edad de 16 años y consumo de tabaco  $p < 0,05$  (0,031) en la edad de 14 años. También se encontró diferencias con la tesis de Zavaleta (Lima 2015) donde el 11% hacían uso de sustancias. En relación a estos resultados podemos inferir que existe un nivel de consumo de bajo riesgo y un funcionamiento familiar adecuado que regule la conducta de los menores.

## 5.1 CONCLUSIONES

1. Los factores sociodemográficos identificados en los estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018 fueron los siguientes:
  - 81.25% fueron de menor edad (15 a 16 años),
  - El 49.31% fueron hombres y el 50.69% fueron mujeres,
  - La procedencia del 92.36% fue de la zona urbana,
  - El 59.03% de los estudiantes dijeron convivir con ambos padres,
  - El 65.97% manifestó depender económicamente de ambos padres, y
  - El 19.44% consume sustancias.
  
2. Se encontró que el de los estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa, Iquitos 2018:
  - El 65.28% no presentaron depresión,
  - El 30.55% de ellos presentaron síntomas depresivos y
  - El 4.17% fueron evaluados con depresión, siendo estos últimos estudiantes con menor edad (15 a 16 años) y 3.47% fueron estudiantes mujeres.
  
3. Al realizar el análisis estadístico se estableció que existe una asociación estadísticamente significativa entre los factores edad ( $X^2_c = 10.391$ ,  $p = 0.006$ ) y sexo ( $X^2_c = 11.906$ ,  $p = 0.003$ ) y los trastornos de depresión.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- a) A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Científica del Perú realizar investigaciones similares, que permitan identificar y comparar de manera individual los factores sociodemográficos asociados a los trastornos depresivos que no se tomaron en cuenta de acuerdo a las limitaciones del estudio -tales como el nivel socioeconómico, la dinámica familiar, y el nivel de consumo de sustancias- y así poder responder futuras interrogantes.
- b) A la Universidad Científica del Perú elaborar Programas Preventivos en Salud Mental dirigidos a los estudiantes de la que promuevan el fortalecimiento de los factores protectores que previenen la depresión. Asimismo, elaborar talleres diferenciados para aquellos alumnos que presenten tendencia a episodios de depresión, con depresión mayor y alumnos con ideación suicida.
- c) A las autoridades y docentes de la institución educativa realizar tamizajes de forma periódica a los adolescentes a fin de descartar estados depresivos, así como realizar talleres, sesiones psicoeducativas y de información que promuevan el fortalecimiento de los factores protectores que previenen la depresión, dirigidos tanto a padres, alumnos y docentes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, M., Atienza, G., Liñero, E., Fernández, R., & Ferrer, E. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia* (7th ed.). Galicia: Ministerio de Ciencia e Innovación. Retrieved from [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_456\\_depresion\\_inf\\_adol\\_avaliat\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf)
- Arequipaño, F., & Gaspar, M. (2016). *Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3ero a 5to grado del nivel secundario de instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte, 2016*. Universidad Peruana Unión, Lima, Perú. Retrieved from [http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/397/Flor\\_Tesis\\_bachiller\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/397/Flor_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (5th ed.). Arlington.
- Ayllón, S. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Retrieved from <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2562>
- Borrell, F. i C. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 119(5), 175–179.
- Bueno, C. (2009). El rol de las mujeres en los cambios y continuidades de la economía informal. *Argumentos (México, D.F.)*, 22(60), 211–239.
- Campbell, H. (n.d.). Black's Law Diccionario. Retrieved June 4, 2018, from <https://espanol.thelawdictionary.org/factores-demograficos/>
- Carranza, R. (2012). Depresión y características demográficas asociados en estudiantes y líderes universitarios de Lima metropolitana. *Revista de Investigación Apuntes Universitarios*, 2(2). Retrieved from [http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/ra\\_universitarios/article/view/58](http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/ra_universitarios/article/view/58)

- Chuquimia, J. (2015). Frecuencia de depresión, sintomatología depresiva y su asociación con factores socio demográficos en adolescentes estudiantes de una academia preuniversitaria de Arequipa, 2015. *Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa*. Retrieved from <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/288>
- Congreso de la República. Código de los niños y adolescentes, Pub. L. No. 27337, Civil (2000). Retrieved from <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dga/nuevo-codigo-ninos-adolescentes.pdf>
- Conrado, C. (2012). *Caracterización de conductas depresivas en niños y niñas de 8 a 11 años que sufren violencia intrafamiliar usuarios del SCS N°8 Francisco de Orellana Guayaquil - 2012*. Universidad Estatal de Guayaquil.
- Cruz, R., Vargas, E., Hernández, A., & Rodríguez, O. (2017). Adolescentes que estudian y trabajan: factores sociodemográficos y contextuales. *Revista Mexicana de Sociología*, 79(3), 571–604.
- Cueva, I., Ríos, C., & Silva, X. (2018). *Variables asociadas al emprendimiento empresarial en estudiantes del tercer al quinto nivel Facultad de Enfermería UNAP Iquitos 2018*. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos, Perú.
- De la Rosa, D. (2018). *Estructura y tipología familiar en escolares adolescentes con trastorno depresivo de una institución educativa estatal de Lima – Perú durante el año 2016*. (Tesis para optar el grado de Médico Cirujano). Universidad Privada San Juan Bautista, Lima, Perú. Retrieved from <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1515/T-TPMC-%20Dyanne%20Nellybeth%20%20De%20La%20Rosa%20Campos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fernández, J. (2015). *Clima social familiar y síntomas depresivos en estudiantes de una institución educativa. Distrito José Leonardo Ortiz, 2015*. Universidad Privada Juan Mejía Baca, Chiclayo, Perú. Retrieved from <http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/62/1/Tesis%20Fernandez%20Roque%20Jhasmin.pdf>

- Fonseca, E., Paino, M., Lemos, S., & Muñiz, J. (2011). Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas españolas de psiquiatría*, 39(4), 217–225.
- García-Viniegras, C., Abalo, G., A, J., & Pedreira, I. (2014). Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 121–131.
- Gómez, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 435–447.
- Hernández, L. (2015, May 8). Edad cronológica y edad biológica no son lo mismo. Retrieved September 4, 2018, from <https://www.alimentatubienestar.es/edad-cronologica-y-edad-biologica-no-son-lo-mismo/>
- Huaranca, K. (2015). *Intervención de la enfermera en la identificación de factores condicionantes de depresión en adolescentes escolares de 14 a 17 años del Centro educativo 1252 Santa Isabel, Ate Vitarte*. Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
- Instituto Nacional de Estadística de España. (2017). *Indicadores Demográficos Básicos. Metodología*. Madrid, España. Retrieved from [http://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia\\_idb.pdf](http://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia_idb.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática, I. (2014). Glosario de Términos. In *Compendio Estadístico Lima Provincias 2014* (pp. 567–588). Retrieved from [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1267/glosario.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1267/glosario.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática, I. (2018). *INEI - Perú: Perfil Sociodemográfico. Informe Nacional*. Lima, Perú. Retrieved from [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1539/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/index.html)
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1997). *Manual de Medidas Sociodemográficas* (1st ed.). México. Retrieved from [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/cont](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/cont)

enidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/1329/702825000063/702825000063.pdf

Jadán, C. (2017). *Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja, periodo 2014-2015*. Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador. Retrieved from <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19702/1/Cristina%20Yamin%20Jad%C3%A1n%20L%C3%B3pez.pdf>

Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia Y Salud*, 1(2). Retrieved from [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-41851999000200004](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004)

Leyva, R., Hernández, A., & Nava, G. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 45(3), 225–232.

Livi-Bachi, M. (2007). *Introducción a la demografía* (Tercera Edición). Barcelona, España: Ariel. Retrieved from [https://books.google.es/books?id=5AW--asQX\\_MC&lpg=PA9&dq=%C2%BFqu%C3%A9+es+la+demograf%C3%ADa%3F&pg=PA9&hl=es#v=onepage&q=%C2%BFqu%C3%A9%20es%20la%20demograf%C3%ADa%3F&f=false](https://books.google.es/books?id=5AW--asQX_MC&lpg=PA9&dq=%C2%BFqu%C3%A9+es+la+demograf%C3%ADa%3F&pg=PA9&hl=es#v=onepage&q=%C2%BFqu%C3%A9%20es%20la%20demograf%C3%ADa%3F&f=false)

Luza, E. (2015). *Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015*. Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/54219963.pdf>

Méndez, P. (2009). Factores psicológicos de la adolescencia. *Anales de Pediatría Continuada*, 7(4), 239–242. [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(09\)71932-8](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(09)71932-8)

Ministerio de Salud. (2005). Sistematización de experiencias desarrolladas en el programa de promoción de la salud en instituciones educativas. Retrieved from [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/232\\_MINSA973.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/232_MINSA973.pdf)

- Ministerio de Salud (MINSAL). (2005). *Módulo de Atención Integral La depresión en Salud Mental*. Lima, Perú. Retrieved from [http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820\\_MS-PROM14.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf)
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2007). *Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica en Depresión* (Primera). Lima, Perú. Retrieved from [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084\\_DGSP261.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084_DGSP261.pdf)
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2013). *Guía Clínica para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años con Depresión* (Primera). Santiago, Chile. Retrieved from <http://www.minsal.cl/portal/url/item/e11791fc480273e9e040010164014e60.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas 2016*. Retrieved from [https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR\\_2016\\_ExSum\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf)
- OMS. (2000). *Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades*. Madrid, España: Panamericana.
- OMS. (2004). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Retrieved from [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
- OMS. (2014). *Salud para los adolescentes del mundo Una segunda oportunidad en la segunda década* (No. WHO/FWC/MCA/14.05). Ginebra, Suiza. Retrieved from [http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO\\_FWC\\_MCA\\_14.05\\_spa.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?ua=1&ua=1)
- OMS. (2017). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Desarrollo en la adolescencia. Retrieved April 15, 2018, from [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015). *Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Información y Análisis de Salud (HA). Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores*. Washington DC, Estados Unidos.

Retrieved from <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/glosario-spa-2014.pdf>

- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, (13), 17–32.
- Paredes, J. (2007). *Relación entre Síntomas Depresivos e Inteligencia Emocional en estudiantes del Centro Preuniversitario Pre-Católica, Arequipa-2007* (Tesis para optar el grado de Médico Cirujano). Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú.
- Psicología de la Educación. (n.d.). Retrieved September 1, 2018, from <https://www3.uji.es/~betoret/Instruccion/Aprendizaje%20y%20Personalidad/Curso%2012-13/Apuntes%20Tema%201%20La%20transicion%20adolescente%20y%20la%20educacion.pdf>
- Real Academia Española. (2014). alumno, na | Definición de alumno, na - Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario (23rd ed.). España. Retrieved from <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=29kah9l>
- Sánchez, F., & Sánchez, G. (2017). *Depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas secundaria de menores No 60027 y No 6010227*. Universidad Científica del Perú, Iquitos, Perú. Retrieved from <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/275/S%C3%81NCHEZ-S%C3%81NCHEZ-1-Trabajo-Depresi%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Soutullo, C., & Mardomingo, M. (2010). *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Vanegas, J. H. G., & Gil, L. M. O. (2007). La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Hacia La Promoción de La Salud*, 12, 51–61.
- Vargas, H., Tovar, H., & Valverde, J. (2010). Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(2), 8.

- Vázquez-Pizaña, E., Fonseca-Chon, I., Padilla-Villarreal, J., Pérez-Hernández, M., & Gómez-Rivera, N. (2005). Diagnóstico de depresión con la escala de Birleson en adolescentes con intento de suicidio y sanos. *Boletín Clínico Hospital Infantil Del Estado de Sonora*, 22(2), 107–118.
- Velásquez, C., & Montgomery, W. (2014). Resiliencia y depresión en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana con y sin participación en actos violentos. *Revista de Investigación en Psicología*, 12(2), 75–87.
- Vikram, P. (2017). Treating depression where there are no mental health professionals. *Bulletin of the World Health Organization*, 95, 172–173.
- Vivar, R., Pacheco, Z., Adrianzen, C., Macciotta, B., & Marchena, C. (2005). Validación de la Escala de Birleson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos. *Revista Peruana de Pediatría*, 58(3), 24–30.
- Zavaleta, J. (2015). *Factores de riesgo asociados con trastorno depresivo en estudiantes adolescentes de la I.E. Manuel González Prada de Ate en el 2015*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

# **ANEXOS**

## RESULTADOS

Gráfico 1

Factores sociodemográficos en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.

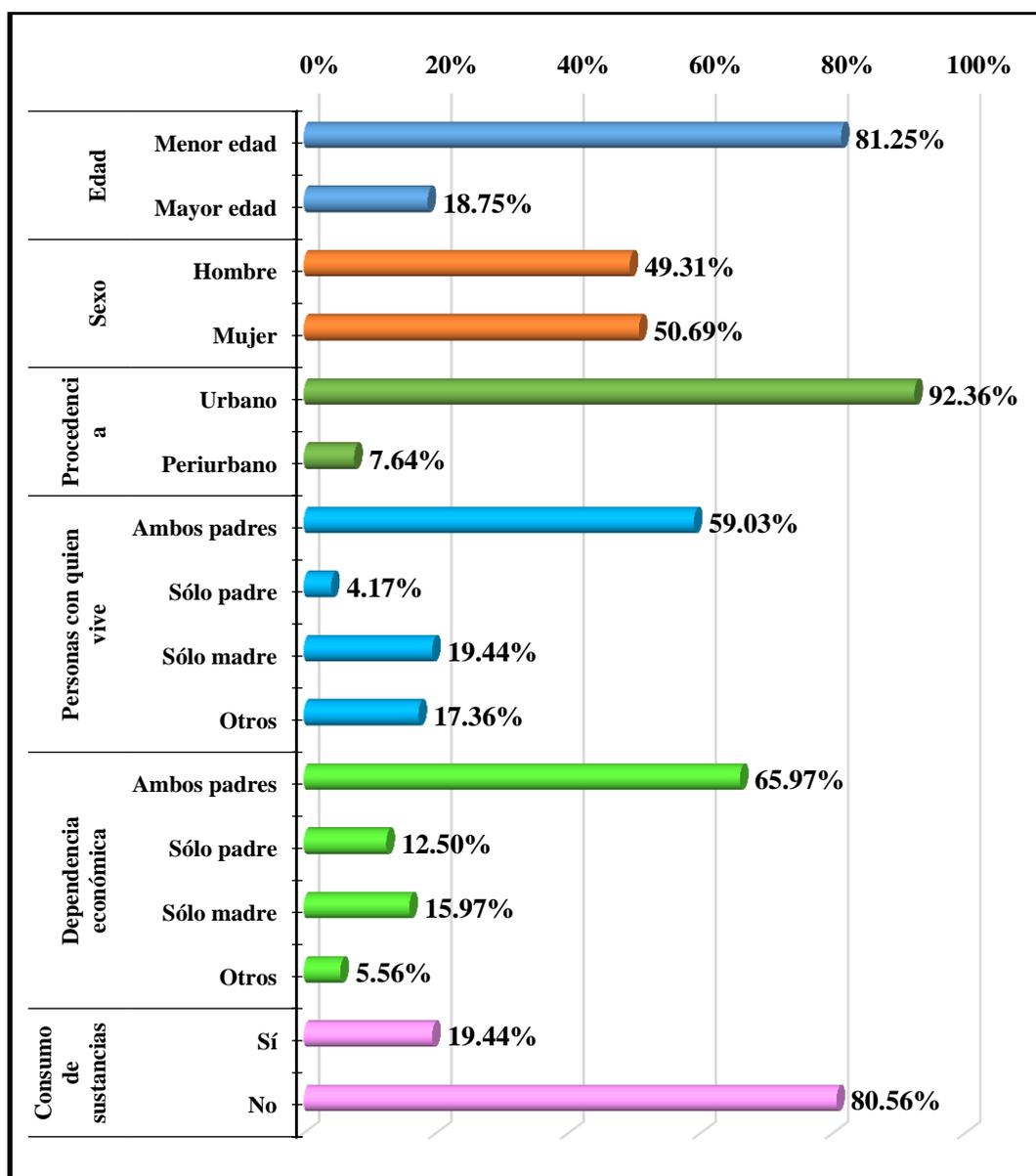


Gráfico 2

Trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.

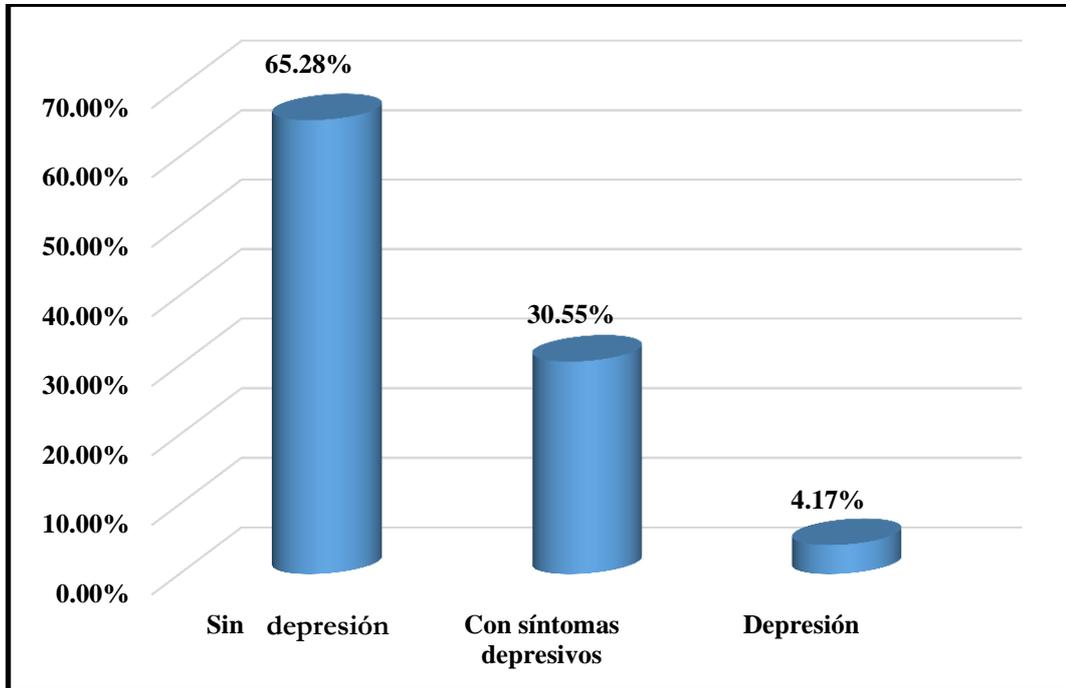


Gráfico 3

Edad y trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.

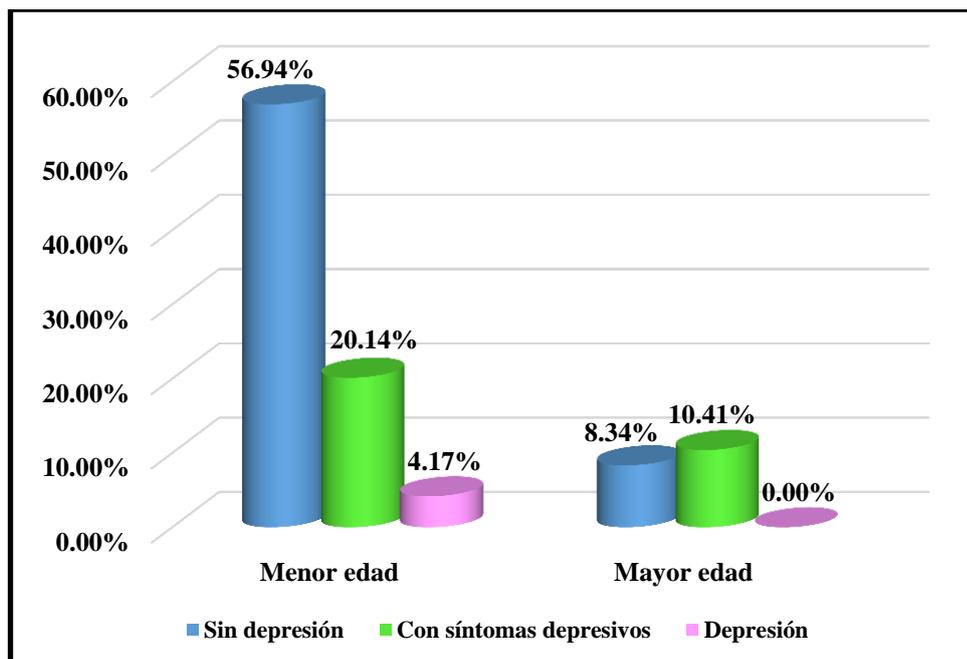


Gráfico 4

Sexo y trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.

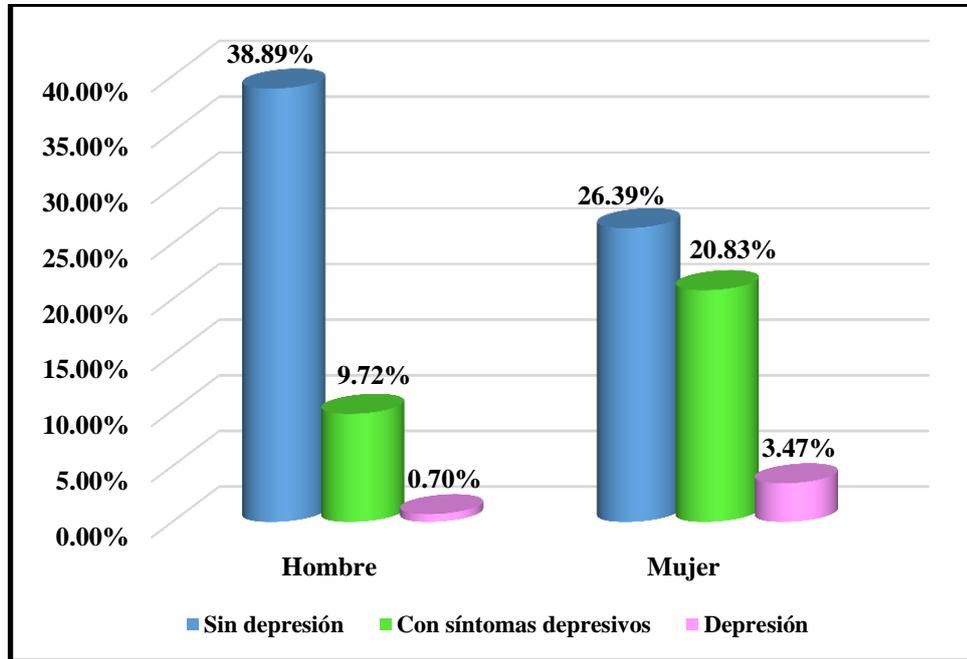


Gráfico 5

Procedencia y trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.

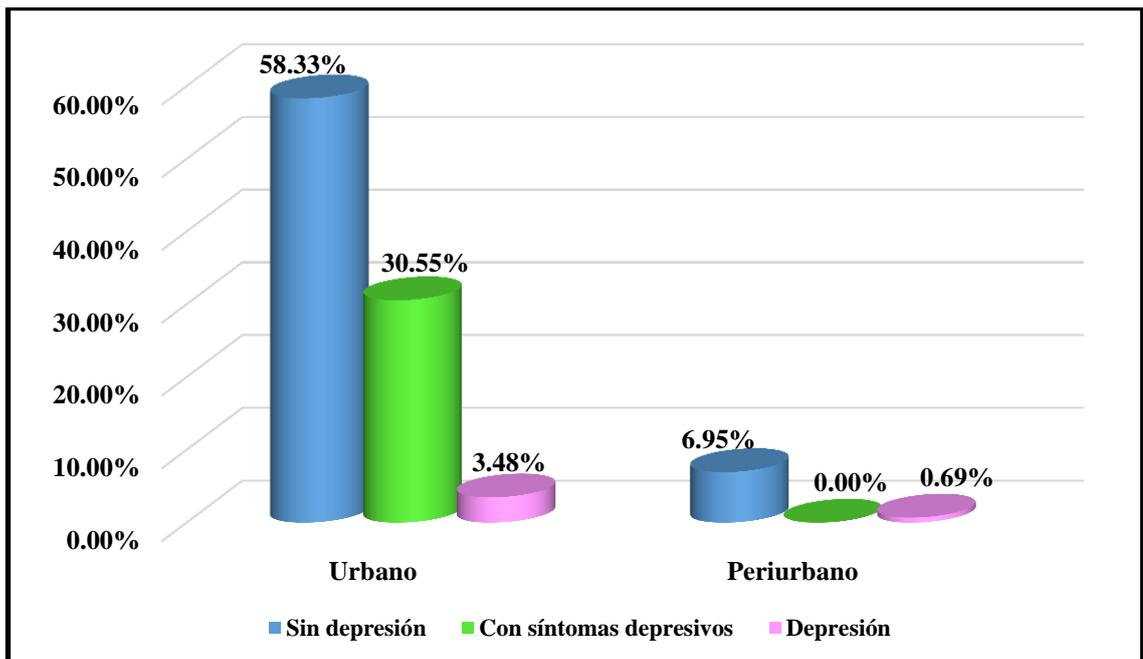


Gráfico 6

Personas con quien vive y trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.

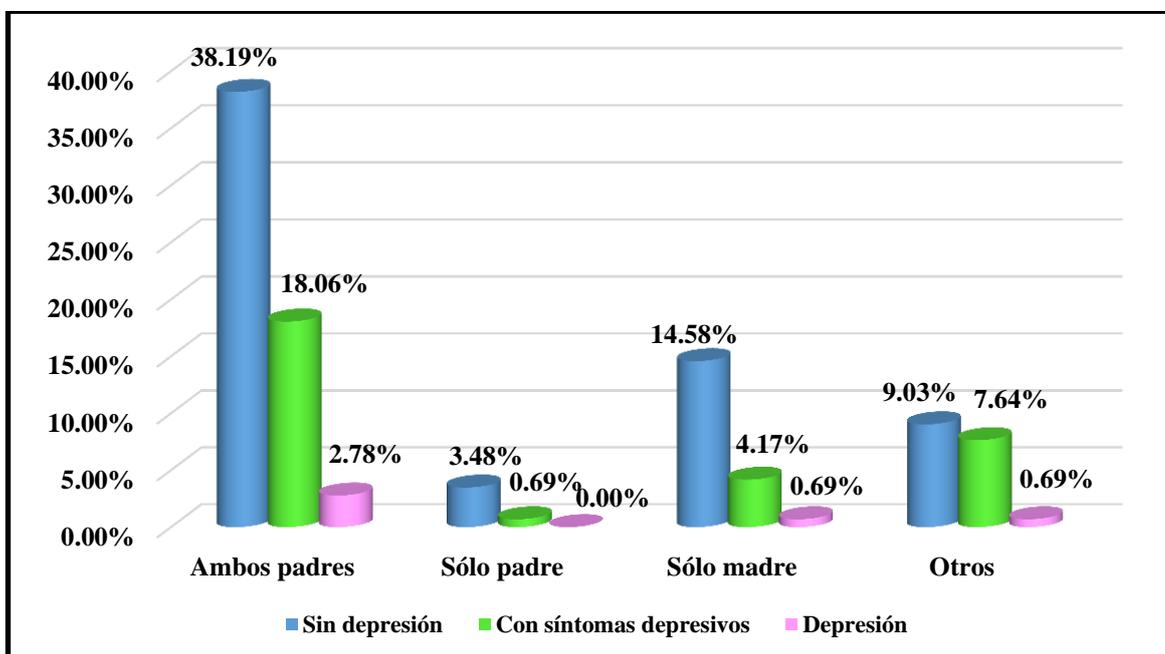


Gráfico 7

Dependencia económica y trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.

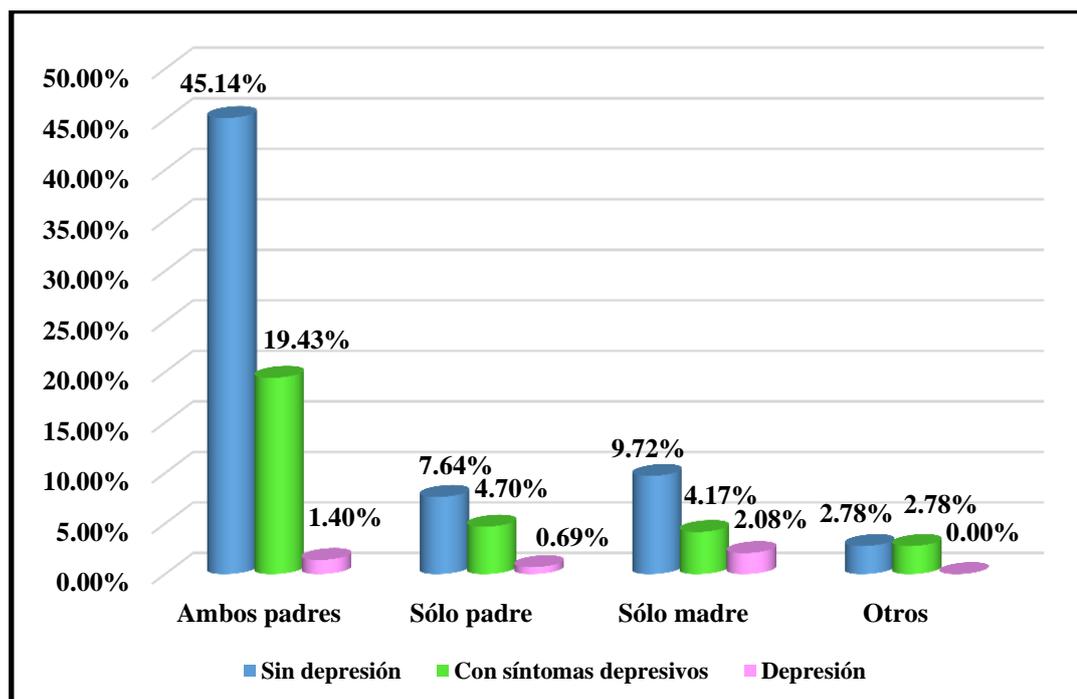
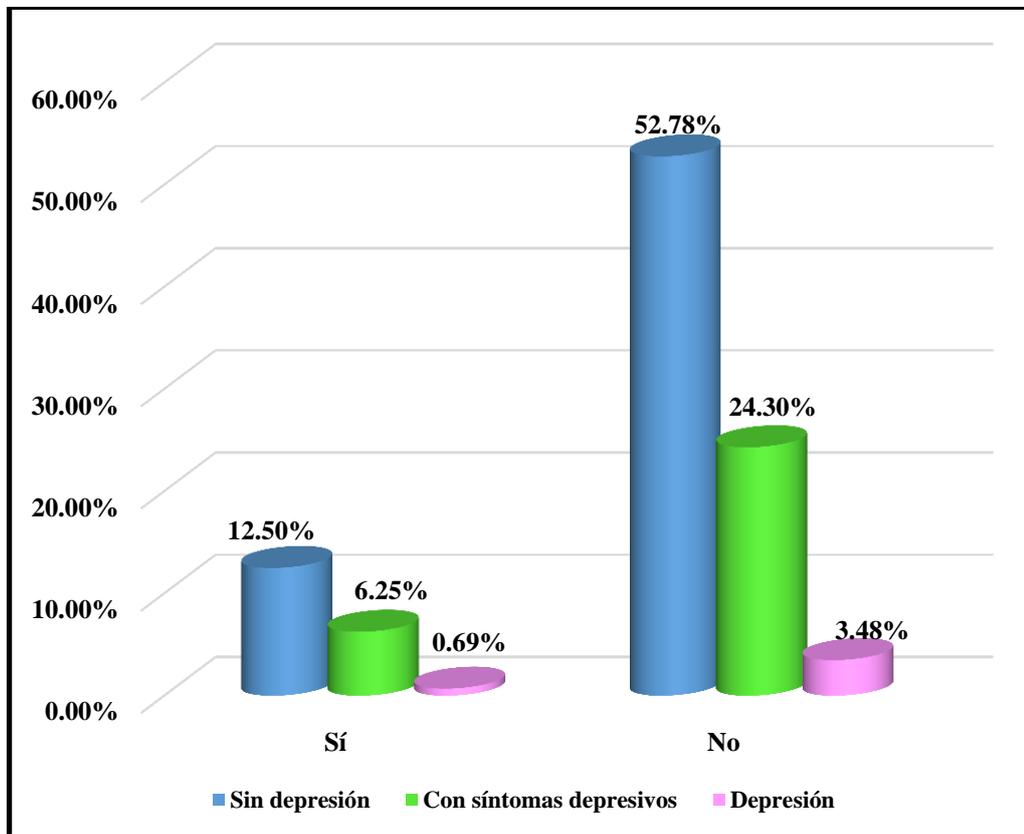


Gráfico 8

Consumo de sustancias y trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018.



***“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LOS NIVELES DE  
DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DEL 5º DE SECUNDARIA DE UNA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA. IQUITOS 2018”.***

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Buenos días alumnos, Soy bachiller de la Facultad de Psicología de la Universidad Científica del Perú, actualmente me encuentro realizando un estudio con la finalidad de recolectar información sobre algunas variables asociadas a los factores sociodemográficos asociados a los trastornos de depresión en estudiantes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Publica Inicial Primario Secundario Mariscal Oscar R. Benavides Iquitos 2018. El mismo que servirá para optar el título de Licenciado en Psicología para ello le solicito su participación voluntaria, lo cual será de mucha importancia para el estudio. Al mismo tiempo debo indicarle que de aceptar participar en el estudio, su colaboración será totalmente anónima, en ningún momento se afectara su integridad física, ni moral.

A continuación. Le hago la siguiente pregunta:

**¿Aceptaría participar libre y voluntariamente en el estudio?**

Si ( )

No ( )

De ser positiva la respuesta, le agradezco y a continuación se procederá a la aplicación del instrumento de recolección de datos.

Muchas gracias

.....

FIRMA N° DE DNI

## CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

CODIGO N°.....

### I. PRESENTACION

El presente cuestionario, es el instrumento de un proyecto de investigación que se está realizando, con el propósito de recolectar información veraz y confiable, sobre ***factores sociodemográficos asociados a los trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una institución educativa. Iquitos 2018***". La información que brinde será estrictamente confidencial si usted tiene alguna inquietud o duda podrá pedir la aclaración respectiva, se le agradece por la información que brinde.

### II. DATOS GENERALES

- a. Edad: .....
- b. Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )
- c. Dirección:  
.....
- d. Personas con las quien vive
  - Ambos padres( )
  - Solo padre ( )
  - Solo madre ( )
  - Otros.....Especifique
- e. Dependencia económica:
  - Ambos padres ( )
  - Solo padre ( )
  - Solo madre ( )
  - Otros.....Especifique
- f. Consumiste algún tipo de droga en el último mes:  
SI ( ) NO ( )
- g. Consumiste alcohol en el último mes:  
SI ( ) NO ( )

### III. DATOS DE LA INVESTIGADORA

- a) Nombres y Apellidos:.....
- b) Fecha:.....  
Hora:.....

## INSTRUMENTO PSICOLÓGICO

### ESCALA DE BIRLESON MODIFICADA PARA TRASTORNOS DEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

#### I. PRESENTACION

El presente cuestionario, es el instrumento de un proyecto de investigación que se está realizando, con el propósito de recolectar información veraz y confiable, sobre “*factores sociodemográficos asociados a los trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una institución educativa. Iquitos 2018*”. La información que brinde será estrictamente confidencial si usted tiene alguna inquietud o duda podrá pedir la aclaración respectiva, se le agradece por la información que brinde.

#### II. INSTRUCCIONES:

Las instrucciones para el llenado son las siguientes:

- Escribir con una (X) en la respuesta que considere conveniente
- Solo debe escribir una sola alternativa
- Realizar el llenado completo del cuestionario
- La aplicación tendrá una duración aproximada de 20 minutos

Este cuestionario consta de 21 enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego responda marcando con una X en la columna que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**.

### III. CONTENIDO

Nombre:.....Edad:.....  
Sexo.....Grado y salón:.....Fecha:.....

#### ESCALA DE BIRLESON MODIFICADA PARA TRASTORNOS DEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

##### INSTRUCCIONES:

Por favor responde honestamente como te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas. Gracias.

Enunciado	Siempre	Algunas veces	Nunca
1. Me interesan las cosas tanto como antes			
2. Duermo muy bien			
3. Me dan ganas de llorar			
4. Me gusta salir con mis amigos			
5. Me gustaría escapar, salir corriendo			
6. Me duele la barriga, la cabeza y otros sitios de mi cuerpo			
7. Tengo ganas de hacer las cosas			
8. Disfruto la comida			
9. Puedo defenderme por mi mismo			
10. Pienso que no vale la pena vivir			
11. Soy bueno para las cosas que hago			
12. Me molesto y me irrito por cualquier cosa			
13. Disfruto lo que hago, tanto como lo hacía antes			
14. Me vuelvo olvidadizo y/o distraído			
15. Tengo sueños horribles			
16. Pienso que haga lo que haga no lograre conseguir lo que deseo			
17. Me siento muy solo			
18. Puedo alegrarme fácilmente			
19. Me siento tan triste, que me cuesta trabajo soportarlo			
20. Me siento muy aburrido			
21. Pienso muy en serio en la muerte o en matarme			
TOTAL			

##### EVALUACION

- Sin depresión de 0 a 13 puntos
- Con síntomas depresivos de 14 a 21 puntos
- Depresión de 22 o más puntos

**OBSERVACIONES.....**

**¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!!!!**

## ANEXO N° 05

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
¿Existe asociación entre los factores sociodemográficos y los trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una institución educativa, Iquitos 2018?	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar si existe asociación entre los factores sociodemográficos (edad, sexo, procedencia, personas con quien vive, consumo de drogas, consumo de alcohol) y los trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una institución educativa. Iquitos 2018</p>	<p>Existe asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y los trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una institución educativa. Iquitos 2018.</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Factores sociodemográficos</p>	<p>Investigación No Experimental: porque el estudio se desarrollara sin manipulación de las variables. Descriptivo: porque nos permitirá registrar y describir las variables Factores sociodemográfico. Transversal: porque nos permitirá registrar y describir el comportamiento de las variables, Factores sociodemográficos y trastornos de Depresión en un momento dado.</p>
	<p>Objetivos Específicos</p> <p>a) Identificar los factores sociodemográficos (edad, sexo, procedencia, personas con quien vive, consumo de drogas y consumo de alcohol) en estudiantes del 5° de secundaria de una institución educativa. Iquitos 2018.</p> <p>b) Identificar los trastornos de depresión en estudiantes 5° de secundaria de una institución educativa. Iquitos 2018</p> <p>c) Establecer asociación entre los factores sociodemográficos y los trastornos de depresión en estudiantes del 5° de secundaria de una institución educativa. Iquitos 2018</p>		<p>Variable Dependiente</p> <p>Trastornos de depresión</p>	<p>Correlacional: porque nos permitirá evidenciar la relación entre la variable Factores sociodemográficos y trastornos de Depresión estableciendo causa-efecto.</p> <p>La muestra estará conformada por 144 estudiantes de ambos sexos matriculados durante el año 2018 en el turno de la mañana que cursan el 5to año de secundaria de la I.E.P.I.P.S. Mariscal Oscar R. Benavides (MORB).</p> <p>El tipo de muestreo que se empleará será el muestreo probabilístico por muestreo aleatorio al azar.</p> <p>Para el análisis univariado de los datos se hará uso de la estadística descriptiva y para el análisis bivariado se empleará la estadística Inferencial No Paramétrica denominada Chi Cuadrada (X<sup>2</sup>), para determinar la asociación de las variables en estudio, con un nivel de significancia <math>\alpha = 0.05</math>. El paquete estadístico que se empleará será el Software PASW Statistics V.18.0</p>

**FICHA TÉCNICA DE LA ESCALA DE BIRLESON MODIFICADA PARA  
TRASTORNOS DEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

- Autor : Peter Birleson
- Tiempo : Entre 5 y 10 minutos
- Edad : A partir de 13 años
- Aplicación : Individual
- Adaptación Peruana : Vivar R., Pacheco Z., Adrianzén C., Macciotta B.,  
Marchena C.

Perú en el 2005 s, Roxana Vivar et al. Realizan la validación de la Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en niños y Adolescentes. Con el fin de incluir un mejor número de síntomas depresivos mediante la escala de Birleson, se realizó una adaptación a la escala original, agregando los ítems: ideación suicida, alteraciones en la concentración, irritabilidad, desesperanza, somatización y pérdida de placer por compartir con pares; se retiró el ítem “me gusta hablar con mi familia”, por considerarlo poco específico para el trastorno depresivo. Se realizaron algunos cambios de vocablos de acuerdo a la cultura peruana, para asegurar una mayor comprensión de la escala por parte de los pacientes. Se realizó la adaptación de la escala original y se sometió a juicio de expertos.

Se aplicó a 215 niños y adolescentes de ambos sexos entre 8 y 18 años: 84 con diagnóstico de depresión; 73 con trastorno de ajuste y síntomas depresivos, y 158 libres de enfermedad mental (normales) (Cuadro N°1, 2 y 3). Se determinó la confiabilidad interevaluador utilizando los índices de correlación de Pearson y Sperman, y la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach. La validez de criterio se determinó mediante el uso de la sensibilidad y especificidad.

Cuadro N° 1. Puntajes test y re-test en pacientes con depresión. (n=84)

Test			Re-test			
Valor	N°	%	Diagnóstico Clínico (DSM.IV)	Valor	N°	%
13	1	1.2	Distimia	11	1	1.2
15	1	1.2	Distimia	15	1	1.2
16	2	2.4	Distimia	16	2	2.4
17	1	1.2	Distimia	17	1	1.2
19	1	1.2	Distimia	20	1	1.2
21	6	7.1	Depresión mayor	21	6	7.1
22	3	3.6	Depresión mayor	22	2	2.4
23	3	3.6	Depresión mayor	23	3	3.6
24	2	2.4	Depresión mayor	24	3	3.6
25	4	4.8	Depresión mayor	25	4	4.8
26	7	8.3	Depresión mayor	26	7	8.3
27	7	8.3	Depresión mayor	27	8	9.5
28	8	9.5	Depresión mayor	28	8	9.5
29	5	6	Depresión mayor	29	6	7.1
30	10	11.9	Depresión mayor	30	2	2.4
31	4	4.8	Depresión mayor	31	7	8.3
32	7	8.3	Depresión mayor	32	9	10.7
33	4	4.8	Depresión mayor	33	6	7.1
34	3	3.6	Depresión mayor	34	2	2.4
35	2	2.4	Depresión mayor	35	2	2.4
36	1	1.2	Depresión mayor	36	1	1.2
38	1	1.2	Depresión mayor	37	1	1.2
39	1	1.2	Depresión mayor	39	1	1.2
Total	84	100		Total	84	100

Cuadro N° 2. Puntaje promedio de test y re-test en pacientes con trastorno depresivo en relación a sexo (n=84)

Sexo	Test *	Re-test *
Masculino (N=21)	26.7 ± 5.2	26.8± 5.4
Femenino (N=63)	27.8 ± 5.2	27.8± 5.3
TOTAL (N=84)	27.5 ± 5.2	27.6± 5.3

Cuadro N°3. Indicadores de asociación entre Test y Re-test de la Escala de Birlson en pacientes con trastorno depresivo (n=84)

Indicadores de Asociación	Índice	Significación
Pearson	0.893	0.000
Spearman	0.858	0.000
Alpha de Cronbach	0.73	

La confiabilidad en el tiempo en los grupos de pacientes con depresión ( $r = 0.89$ ) y sanos ( $r = 0.78$ ) son altos y un valor menor en el grupo de pacientes de trastorno de ajuste con síntomas de depresión ( $r = 0.54$ ), lo cual indica que esta escala es altamente confiable para hacer el diagnóstico de depresión mayor, depresión doble y distimia y es menos confiable para diagnosticar trastorno de ajuste con síntomas depresivos.

La consistencia interna de la prueba medida por el coeficiente alfa de Cronbach en el grupo de pacientes deprimidos de 0.73, es exactamente igual al obtenido por Asamow y

Carlson y ligeramente inferior al reportado por De la Peña y col e Ivarsson debido probablemente a que en este estudio se incluyó pacientes con diagnóstico de distimia, a diferencia de los autores previamente citados que solo han considerado pacientes con diagnóstico de depresión mayor.

El punto de corte de 13 con una sensibilidad y una especificidad de 98%, difiere en algunos aspectos de lo reportado por otros autores (Cuadro N° 9). Birleson halló el mismo punto de corte, con 76% de sensibilidad y 88% de especificidad; De la Peña y cols. Hallaron un punto de corte de 15 para un sensibilidad de 75% y una especificidad de 81%; Ivarsson obtuvo un punto de corte de 15 para una sensibilidad de 69% y una especificidad de 57%. Los altos valores obtenidos tanto para la sensibilidad como la especificidad, indican que las modificaciones realizadas en la prueba original de Birleson le han conferido mayor capacidad discriminativa.

Cuadro N° 9: Análisis exploratorio del punto de corte de la Escala de Birleson modificada		
Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
10	100	77.4
11	100	86.8
12	100	98.1
13	98.8	98.7
14	98.8	98.7
15	97.6	99.4
16	95.3	99.4
17	94.1	99.4
18	94.1	99.4

Los resultados obtenidos en el estudio anteriormente citado así como lo informado por todos aquellos investigadores que emplearon la Escala de Birleson, en diversos grupos culturales permiten confirmar lo señalado por De La Peña y col., que el instrumento es seguro y que mantiene su estabilidad transcultural.

## INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE BIRLESON MODIFICADA PARA TRASTORNOS DEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

La escala consta de 21 ítems teniendo como respuesta para cada uno siempre, a veces y nunca, marcando como opción solo una de estas. Cada respuesta tiene un valor de 0 a 2, siendo la puntuación máxima de 42 puntos. Nueve de los reactivos(1,2,4,7,8,9,13,18) se califican de 0 a 2(0 siempre, 1 a veces, 2 nunca) y doce(3,5,6,10,15,16,17,19,20,21) de 2 a 0(2 siempre, 1 a veces, 0 nunca).

ÍTEMS	Siempre	A Veces	Nunca
1,2,4,7,8,9,13,18	0	1	2
3,5,6,10,15,16,17,19,20,21	2	1	0

De acuerdo con esta escala se obtiene los siguientes grupos:

- Adolescentes sin depresión de 0 a 13 puntos
- Con síntomas depresivos de 14 a 21 puntos
- Depresión de 22 o más puntos

**SOLICITUD DE PERMISO PARA APLICAR EL INSTRUMENTO**

**"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"**

**SOLICITO: PERMISO PARA REALIZAR ENCUESTA**

Señor: Lic. Wagner Gaviria García; Mgr.  
Director de la I.E.P.I.P.S. "Maniscal Oscar R. Butavides" (MORB)

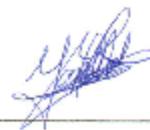
S.D.

Yo, MAYRA VALERIA YAP COLLANTES, identificada con DNI N° 44374257, domicilio en la calle Fitzcarrald #349 – Iquitos, Bachiller en Psicología me dirijo a usted con el debido respeto que se merece para saludarle y así mismo solicitarle permiso para la aplicación de un cuestionario para la investigación que estoy realizando para obtener el Título Profesional a los alumnos de 5° Grado de Secundaria que estudian en la Institución Educativa que usted dignamente preside.

**POR LO EXPUESTO:**

A usted señor Director, pido acceder a mi solicitud.

Iquitos 05 de setiembre del 2018



MAYRA VALERIA YAP COLLANTES

DNI: 44374257

<b>I.E.P.E. y C. "MORB"</b>	
Mesa de Partes	
Expediente	3468
Fecha	05 SEP 2018
Hora	10.05 a
Por	Alka

ANEXO N° 07

**CONSTANCIA DE ENTREGA DE RESULTADOS**

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

Iquitos 29 de noviembre del 2018

LIC. WAGNER GAVIRIA GARCÍA MG.

DIRECTOR DE LA I.E.P.I.P.S. "MARISCAL OSCAR R. BENAVIDES" (MORB)

Por medio de la presente quiero expresar mi cordial saludo y al mismo tiempo hacerle llegar el resultado de la tesis "FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DEL 5° GRADO DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA. IQUITOS 2018" que se realizó en la institución educativa que usted dignamente dirige. Los resultados serán utilizados como estime conveniente.

Agradecida por el apoyo brindado

Atentamente

<b>I.E.P.E. y C. "MORB"</b>	
Mesa de Partes	
Expediente	4362
Fecha	29 NOV 2018
Hora	3:20 pm.
Recibido por	



MAYRA VALERIA YAP COLLANTES

DNI: 44374257

ANEXO N° 09

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

