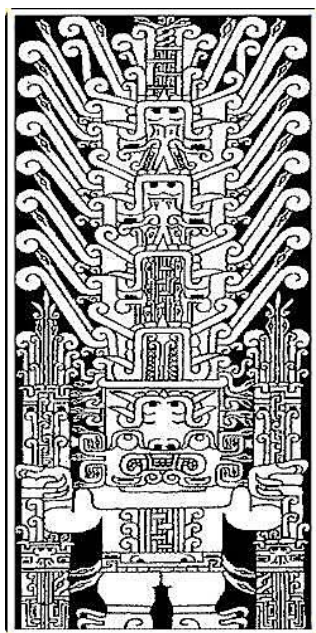


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EPISODIO DEPRESIVO
EN ADULTOS. HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD VITARTE.
2017**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

AUTOR:

LA TORRE ZEVALLOS, SAMUEL ALBERTO

ASESOR

Dr. CASTILLO BAZÁN, WILFREDO E.

LIMA - PERU

2018

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors that are associated with episodes of depression in adult patients who were treated at the Psychiatric Service of Vitarte's Hospital, during the months of October to December 2017.

Processing and Analysis of Data: According to statistical package SPSS v. 23.0 Chi square was used to determine statistical significance and confidence intervals, according to the bivariate analysis of the variables considered. ($P < 0.05$ is considered significant).

Place: Psychiatry Service of the Vitarte's Hospital. **Sample:** 322 patients, of which 159 had depression and 163 patients were controls, who were admitted to the Psychiatry Service of

Vitarte's Hospital. **Results:** 59.3% were women and 40.7% were men. The overall average was obtained in terms of age, ranging from 37.4 +/- 8.5 years, with a minimum age of 21 years and a maximum age of 57. Of all the patients evaluated, we were able to find that 60, 4% had depression due to presenting family disharmony, in the same group of patients evaluated we found that 86.2% was due to intrafamily violence. Another of the causes that we had in mind was to have a diagnosis of depression as a family history, and we found 53.5% of patients evaluated. We noted that patients who have episodes of depression, in a greater frequency have or have problems in their work centers or studies. **Conclusions:** The risk factors associated with depressive disorder in adults were disharmony and family violence, having a first degree relative with depression, and the social stressor.

Keywords: factors, depression, adult.

ÍNDICE

CARÁTULA	i
RESUMEN	ii
ABSTRACT	iii
ÍNDICE	iv

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1 Antecedentes	07
2 Descripción del problema	20
3 Formulación del problema	21
4 Objetivos de la investigación	22
5 Justificación de la investigación	22
6 Alcances y limitaciones	23
7 Definición de variables	23

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

1 Teorías relacionadas al tema	24
2 Marco conceptual	26
3 Hipótesis	26

CAPÍTULO III MÉTODO

1 Tipo de investigación	27
2 Diseño de investigación	27

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

3 Estrategias de pruebas de hipótesis	27
4 Variables	27
5 Población y Muestra	27
7 Técnicas de investigación	30

CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

1 Análisis e interpretación	32
-----------------------------	----

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

CONCLUSIONES	40
---------------------	----

RECOMENDACIONES	40
------------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
-----------------------------------	----

ANEXOS	45
---------------	----



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

Ángel Ramírez. (Colombia, 2015), determinar el riesgo de depresión y los factores clínicos asociados en adultos mayores institucionalizados en la Red de asistencia social al adulto mayor de la ciudad de Medellín. Estudio transversal analítico en 644 adultos mayores, de 60 años o más, institucionalizados en 14 centros de la red de asistencia social al adulto mayor de la ciudad de Medellín en el primer semestre de 2015. Se analizó el riesgo de depresión según la escala de depresión geriátrica de Yesavage y los factores clínicos asociados. Se realizó análisis univariado, bivariado y multivariado mediante regresión logística binomial. El 34,8% de los adultos mayores presentan riesgo de depresión. Los factores clínicos que presentaron asociación fueron las enfermedades neurológicas OR=1,94 (IC95% 1,14 - 3,31), la funcionalidad dependiente OR=1,97 (IC95% 1,30 - 2,98), la discapacidad auditiva OR=2,21 (IC95% 1,34 - 3,63) y el deterioro cognitivo OR=1,54 (IC95% 1,01 - 2,35). El riesgo de depresión en el adulto mayor institucionalizado es frecuente y está asociado a factores clínicos específicos como las enfermedades neurológicas, el deterioro de la funcionalidad física, la discapacidad y el deterioro cognitivo, los cuales deberán resaltarse durante la valoración integral del adulto mayor, con el

Elwell-Sutton T. (Sudáfrica, 2017), refiere que existen pruebas convincentes de que una menor posición socioeconómica está asociada con un mayor riesgo de trastornos mentales. Sin embargo, los mecanismos involucrados no son bien entendidos. Este estudio tiene como objetivo elucidar las vías causales entre la posición socioeconómica y los síntomas de depresión en los adultos de Sudáfrica. Se examinan dos posibles teorías causales: la causalidad social, que sugiere que las condiciones socioeconómicas pobres causan enfermedades mentales; y la deriva social, lo que sugiere que aquellos con mala salud mental son más propensos a la deriva en condiciones socioeconómicas pobres. El estudio utilizó datos observacionales longitudinales y transversales de 3904 adultos, a partir de un ensayo aleatorio realizado en 38 clínicas de atención primaria entre 2011 y 2012. Los resultados sugieren que los efectos del lenguaje sobre la depresión al inicio, y sobre los cambios en la depresión durante el seguimiento, fueron mediados a través de la educación y los ingresos, pero no a través del desempleo. Los efectos adversos del desempleo y la pérdida de empleo en la depresión parecían estar mediados en su mayor parte por los ingresos. El efecto de la depresión sobre la disminución de los ingresos parecía estar mediado por la pérdida de empleo. Estos resultados sugieren que tanto la causación social como los procesos de selección social operan simultáneamente. Esto plantea la posibilidad de que las personas puedan quedar atrapadas en un círculo vicioso en el que las condiciones socioeconómicas pobres conducen a la depresión, lo que, a su vez, puede causar un mayor daño a sus perspectivas económicas.

Este estudio también sugiere que factores modificables como el ingreso, el empleo y la depresión tratable son objetivos adecuados para la intervención a corto y mediano plazo, mientras que a largo plazo la reducción de las desigualdades en educación será necesaria para abordar las desigualdades profundamente arraigadas en Sudáfrica.

Gómez-Restrepo. (Colombia, 2016), determinar la prevalencia y los factores asociados a los principales trastornos mentales depresivos y ansiosos. Se realiza una encuesta estructurada computarizada con el CIDI-CAPI 3.0, centrada en los más frecuentes trastornos depresivos y ansiosos. Se tomó una muestra de 10.870 adultos mayores de 18 años. La prevalencia de cualquiera de estos trastornos alguna vez en la vida es del 10,1%, de las personas de 18-44 años y el 7,7% de los mayores de 45 años. En los últimos 12 meses, el 5,1% del grupo más joven y el 2,3% del de más edad. De las personas con alguno de los trastornos mentales medidos, el 17,6% presentan dos o más trastornos; es más frecuente la comorbilidad en mujeres que en varones. El trastorno depresivo mayor es el más prevalente de los trastornos, con una prevalencia de vida del 4,3%. Entre los factores asociados a cualquier trastorno, se encontró en el modelo multivariable que estar separado, viudo o divorciado (odds ratio [OR] = 1,3), el intento de suicidio previo (OR = 3,3) y tener seis o más rasgos de personalidad limítrofe (OR = 2,7) incrementan el riesgo de sufrirlos. El estudio concluye que los trastornos mentales de ansiedad y depresión suponen una importante carga de enfermedad para Colombia.

Inder KJ. (Australia, 2017), presenta los análisis transversales y longitudinales del Estudio Australiano de Salud Mental Rural (ARMHS) que exploran las relaciones entre episodios de "probable depresión" y lesiones no intencionales. Los participantes completaron cuatro encuestas durante cinco años. Se emplearon regresiones logísticas multivariadas para evaluar el efecto causal de los episodios de depresión anteriores sobre el riesgo de lesión subsiguiente. De los 2621 participantes iniciales, el 23,3% experimentó recientemente un episodio probable de depresión y el 15,9% reportó una lesión grave durante los 12 meses anteriores. Los factores asociados con una lesión de 12 meses al inicio del estudio incluyeron sexo masculino, desempleo o incapacidad para trabajar, estar involucrado en un incidente grave, uso de alcohol peligroso y haber experimentado un reciente episodio de depresión.

Kuroda Y. (Japon, 2017), examinó la incidencia de la depresión y factores asociados entre las personas mayores de la aldea de Iitate después del terremoto de marzo de 2011. Este fue un estudio prospectivo de cohortes. Como encuesta de base, en mayo de 2010 se distribuyó una lista básica de autoevaluación (LBA) a 1.611 ancianos, de los cuales 1277 respondieron. De estos encuestados, hubo 885 sin tendencia a la depresión (69,3%). La LBA se utilizó para evaluar la tendencia a la depresión, las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), la función física, el estado nutricional, función cognitiva y actividades sociales. De los 438 encuestados en la segunda encuesta, 163 (37,2%) mostraron tendencia a la depresión. El riesgo fue significativamente mayor en el sexo femenino, la edad, la historia de la diabetes y el

trastorno cognitivo. El compromiso en actividades sociales disminuyó el riesgo de depresión.

Liu J. (China, 2017), examina cómo las relaciones con los miembros de la familia (hijos y cónyuge) influyen en la gravedad de los síntomas depresivos en esta población de inmigrantes chinos en los Estados Unidos. La confianza y ayuda a las relaciones con los niños (se asociaron significativamente con la menor gravedad de los síntomas depresivos entre los inmigrantes chinos más antiguos. Las relaciones intergeneracionales y la crítica conyugal predijeron significativamente una mayor gravedad de los síntomas depresivos. Ayudar a las relaciones con los niños parece ser más importante para las mujeres de más edad que los hombres. Los hallazgos revelan la importancia de las interacciones positivas y negativas con los cónyuges y los niños en la conformación del bienestar mental entre los inmigrantes chinos mayores. La práctica y la investigación geriátricas futuras deberían considerar características tanto de apoyo al examinar y abordar las relaciones interpersonales y la salud mental.

Madhav KC. (USA, 2017), reporta que los estudios epidemiológicos realizados en poblaciones generales han encontrado que la prevalencia de la depresión es de aproximadamente el 9% en los Estados Unidos. La Organización Mundial de la Salud ha proyectado que la depresión será la principal causa de la carga de la enfermedad en el año 2030. Evidencia creciente sugiere que el estilo de vida sedentario es un importante factor de riesgo de la depresión entre los adultos. Todavía se desconoce la relación entre el uso de la televisión y el uso de computadoras y la

depresión en adultos estadounidenses. El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre la observación de la televisión / uso de la computadora y la depresión. Se trata de un estudio transversal que utilizó los datos secundarios de la Encuesta Nacional de Exámenes de Salud y Nutrición (NHANES) (2011/2012). Los participantes eran 3201 adultos de EE.UU. que tenían 20 años o más. Se utilizó el Cuestionario-9 de Salud del Paciente [PHQ-9] para clasificar el nivel de depresión; las horas auto-reportadas de ver la televisión y el uso de computadora / día, y la información demográfica se obtuvieron del NHANES. La depresión fue significativamente mayor entre las mujeres. Los resultados mostraron que el nivel de depresión moderada o severa se asoció con un mayor tiempo dedicado a la observación de la televisión y el uso de computadoras (> 6 h / día). La duración del tiempo de la pantalla se asoció significativamente cuando se ajustaron todas las covariables. La televisión y el uso de computadoras pueden predecir el nivel de depresión entre los adultos. Se justifican estudios prospectivos y medición de factores tales como: sentarse en el lugar de trabajo, relación social y antecedentes familiares de depresión.

Mojtabai R. (USA, 2017), refiere que algunas personas con trastorno depresivo mayor no experimentan una remisión incluso después de uno o más ensayos de tratamiento adecuados. En algunos otros que experimentan remisión, esto sucede en tiempos variables. Este estudio buscó estimar la prevalencia de no reingreso en una gran muestra de pacientes que participan en el ensayo de Alternativas de tratamiento secuenciado para aliviar la depresión (STAR * D) e identificar los

correlatos de la no remisión y el tiempo de remisión. Entre los remitentes, la tasa de remisión disminuyó con el tiempo. La mayor gravedad, la mala salud física y la mala adherencia a los tratamientos se asociaron tanto con la no remisión como con un mayor tiempo de remisión.

Ngasa SN. (Camerún, 2017), refiere que la depresión afecta a las personas de las diferentes comunidades de todo el mundo. Con un alto nivel de exigencias académicas y presión psicosocial, los estudiantes de medicina durante su curso de formación tienden a deprimirse, dando lugar a problemas más tarde en la vida profesional y comprometer la atención del paciente. En Camerún, hay una falta de datos sobre la prevalencia de la depresión y su impacto en los estudiantes de medicina. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia y factores predisponentes asociados a la depresión entre los estudiantes de medicina de Camerún (preclínicos y clínicos). Se realizó un estudio transversal en todas las 4 escuelas de medicina estatales en 4 regiones diferentes desde diciembre de 2015 hasta enero de 2016. El diagnóstico de depresión, depresión mayor y sus factores asociados se evaluaron mediante el Cuestionario de Salud del Paciente con 9 ítems (PHQ-9) y un cuestionario estructurado, respectivamente. Se incluyeron 618 estudiantes de medicina (tasa de respuesta: 90,4%). Cerca de un tercio de ellos (30.6%,) tuvieron trastorno depresivo mayor (PHQ Score \geq 10). Con respecto a la gravedad de la depresión, 214 (34,6%), 163 (26,4%), 21 (3,4%) y 5 (0,80%) estudiantes fueron clasificados como depresión leve, moderada, moderadamente severa y severa respectivamente. La

presencia de una enfermedad crónica, los principales eventos de la vida y siendo un estudiante en el nivel clínico se asociaron independientemente con la depresión. No hubo asociación entre la depresión y el rendimiento académico. La prevalencia de los trastornos depresivos mayores entre los estudiantes de medicina en Camerún es alta y se asocia con la presencia de enfermedad crónica, eventos importantes de la vida, sexo femenino y ser un estudiante a nivel clínico. Por lo tanto, recomendamos a los médicos que asisten a los estudiantes de medicina con características demográficas sugestivas de un mayor riesgo de depresión, para hacer una investigación en profundidad sobre la posible presencia de depresión. A pesar de esta alta prevalencia de depresión mayor entre los estudiantes de medicina, no estuvo asociada con el rendimiento académico auto-reportado.

Oliver-Quetglas. (España, 2013), realiza un estudio con el objetivo de determinar factores de riesgo relacionados con presencia de depresión en adultos jóvenes (20-35 años). Estudio caso-control 6 centros de salud. Adultos jóvenes, visitados en los últimos dos años en Atención primaria. Casos: Diagnóstico de depresión <12 meses. Controles: sin diagnóstico de depresión, o tratamiento relacionado. Diagnóstico confirmado mediante cuestionario CIDI. Selección aleatoria de controles. 95 casos y 93 controles. Tasa de respuesta 57,7% y 45,0% respectivamente. Variables asociadas a depresión: Ser mujer; estar viuda/separada/divorciada; ingresos <1000€/mes; dificultades en el trabajo; pasar el tiempo libre

solo; tener problemas para relacionarse o para mantener relaciones
Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

salud; consumo de marihuana; sedentarismo; haber sufrido algún tipo de discriminación; maltrato infantil; algún familiar con problema psicológico grave (último año). El estudio concluye que los factores de riesgo encontrados se asemejan a los de otros estudios con rango de edad más amplio. Factores diferenciales son maltrato en la infancia, pasar tiempo solo, problemas para relacionarse.

Pellicer-García B. (España, 2017), estima la prevalencia de depresión y factores asociados en personas de 65 años o más con antecedentes de caídas en los últimos 12 meses. Se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra aleatoria de 213 participantes de dos centros de adultos mayores de la ciudad de Zaragoza (España). La edad media de los participantes fue de 77,3 años ($DE \pm 7,0$). Los resultados revelan una prevalencia de depresión del 28,2% en la muestra de estudio, con los adultos mayores que estaban en un alto riesgo de caer son más susceptibles a desarrollar depresión. En conclusión, una de cada tres personas de edad avanzada que estaban en riesgo de sufrir una caída en los 12 meses antes de la recopilación de datos tenía síntomas de depresión. Esto está de acuerdo con los resultados de estudios previos, que confirman que existe una alta prevalencia de depresión en pacientes ancianos con antecedentes de caídas.

Renn BN. (USA, 2017), refiere que la depresión tardía (DT) es una preocupación de salud pública con efectos deletéreos sobre la salud general, la cognición, la calidad de vida y la mortalidad. Aunque el DT es relativamente común, no es una parte normal del envejecimiento y es a menudo sub-reconocido en los adultos mayores. Sin embargo, la

psicoterapia es un tratamiento eficaz para la DT que se alinea con las preferencias de muchos pacientes y puede mejorar la salud y el funcionamiento. Esta revisión sintetizó la literatura actual sobre las psicoterapias basadas en la evidencia para el tratamiento de la depresión en adultos mayores. Los hallazgos sugieren que las psicoterapias activas basadas en las habilidades (terapia cognitivo conductual y terapia de resolución de problemas) pueden ser más efectivas para la DT. Aunque estas estrategias son prometedoras, una mayor investigación a través de ensayos controlados aleatorios y la eficacia comparativa son necesarias para avanzar en el tratamiento de la DT. Debería darse prioridad a la contratación y capacitación de la fuerza de trabajo de salud mental geriátrica para que proporcionen intervenciones psicosociales basadas en la evidencia para DT.

Saragoussi D. (Francia, 2017), refiere que se ha iniciado el estudio prospectivo epidemiológico sobre los resultados funcionales relacionados con el trastorno depresivo mayor (PERFORM) para comprender mejor el curso de un episodio depresivo y su impacto en el funcionamiento del paciente. Este análisis tuvo como objetivo identificar los factores sociodemográficos y clínicos asociados con el fracaso para lograr la remisión después de iniciar o cambiar la monoterapia antidepresiva. Se trató de un estudio observacional de cohortes de 2 años en 1.159 pacientes ambulatorios de 18 a 65 años con trastorno depresivo mayor. Los factores de línea de base significativamente asociados con menores probabilidades de remisión al mes fueron: índice de masa corporal ≥ 30 kg / m² (OR 0,51), episodio depresivo > 8 semanas (OR 0,51),

psicoterapia (OR 0,51), disfunción sexual, y la gravedad de la depresión (OR 0,87). Los factores significativamente asociados con la recaída al sexto mes fueron el sexo masculino (OR 2,47), el hecho de estar casado o vivir en pareja (OR 2,73). Diferentes factores parecen estar asociados con el fracaso de lograr la remisión en pacientes con trastorno depresivo mayor y con la recaída posterior en pacientes que logran la remisión. La disfunción cognitiva informada por el paciente es una característica fácilmente medible y tratable que puede estar asociada con una mayor probabilidad de recaída a los 6 meses en pacientes que han alcanzado la remisión.

Segura-Cardona. (Colombia, 2012), explora la asociación entre el riesgo de depresión y los aspectos demográficos, sociales y funcionales de los adultos mayores del Departamento de Antioquia en el año 2012. Realizo un estudio transversal analítico de fuente primaria de 4 248 adultos mayores. Se valoraron características demográficas, sociales y funcionales. Se calcularon OR crudos y ajustados para buscar asociación entre el riesgo de depresión medida con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y demás variables de interés. El riesgo de depresión se asoció con la edad, el estado civil, el nivel educativo, el consumo de alcohol y cigarrillo; al igual que con la poca o nula participación en actividades comunitarias (OR=1,9; IC95 % [1,2;3,0], la percepción de mala calidad de vida (OR=10,0; IC95 % [2,0;48,8] y la pérdida de capacidad funcional (OR=6,3; IC95 % [2,9;13,9]. El riesgo de

de depresión en el adulto mayor está más asociado a la dificultad para relacionarse con su entorno físico y afectivo, que a la condición

Tesis publicada con autorización del autor

No olvide citar esta tesis

UNFV

biológica del padecimiento; situación que se podría prevenir si se refuerzan los lazos familiares y se propende por un envejecimiento más activo y funcional.

Silva MT. (Brasil, 2017), refiere que la depresión es un trastorno afectivo y uno de los principales contribuyentes a la carga de la enfermedad en todo el mundo. El propósito del estudio fue estimar la prevalencia de síntomas depresivos y factores asociados en la población de la Región Metropolitana de Manaus. Realizaron un estudio transversal, basado en la población, con un muestreo probabilístico trifásico. Los adultos que viven en Manaus y siete ciudades de la región metropolitana fueron encuestados por síntomas depresivos usando el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y una puntuación de corte de ≥ 9 . Entre los 4001 participantes (tasa de respuesta del 76%), la prevalencia de síntomas depresivos actuales fue del 7%. Los síntomas depresivos fueron más frecuentes en los habitantes de Manaus que en los del campo; en las mujeres más que en los hombres; en los indígenas más que en los blancos; y en aquellos con hipertensión, enfermedad cardíaca. La educación secundaria y la clase económica de clase media fueron factores de protección. El estudio concluye que siete de cada 100 adultos de la Región Metropolitana de Manaus tienen síntomas depresivos. Esta tasa es mayor en las mujeres, las personas que viven en Manaus, los indígenas, las personas con hipertensión o enfermedad cardíaca crónica y aquellos con un estado de salud deficiente.

Uemura K. (Japón, 2017), refiere que todavía no está claro qué tipos de conducta impiden el desarrollo de la depresión geriátrica. Este estudio

tuvo como objetivo elucidar los predictores conductuales del aumento de los síntomas depresivos en los adultos mayores, centrándose en las diferencias de género. Participaron 3106 personas mayores de edad comunitaria mayores de 65 años sin síntomas depresivos. La Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems se usó para evaluar los síntomas depresivos con un puntaje de 6 o más al inicio y un seguimiento de 15 meses. El estado de comportamiento se investigó mediante el uso de preguntas dicotómicas sobre los aspectos de las actividades físicas, cognitivas y sociales. En la encuesta de seguimiento de 15 meses, 239 participantes (7,7%) reportaron síntomas depresivos. El análisis de regresión logística múltiple indicó que la participación en el ejercicio físico ligero, tomando lecciones de enriquecimiento, utilizando un ordenador personal, la participación en eventos en el centro comunitario y la asistencia a una reunión de la comunidad se asociaron independientemente con un menor riesgo de aumento de los síntomas depresivos. En un análisis separado para cada género, se observaron odds ratios significativos de uso de computadoras personales en hombres, mientras que en mujeres se observaron odds ratios significativos de ejercicio físico ligero, participación en eventos en el centro comunitario y asistencia a una reunión comunitaria. El estudio concluye que el ejercicio físico ligero, la toma de lecciones, el uso de una computadora y la participación en eventos comunitarios mostraron efectos protectores contra los síntomas depresivos. Sin embargo, la importancia de cada factor de comportamiento puede variar según el género.

1.2 Descripción del problema

Como afirma **Gladstone** (USA, 2000), en un principio, el nombre con el que hoy conocemos a la depresión fue melancolía; y esta fue descrita hace muchos años e incluso se hizo referencia de ella en textos médicos. El origen del término se encuentra, en Hipócrates. Richard Blackmore en el año 1725, fue quien le da el nombre actual, depresión. Fue hasta la aparición de la psiquiatría moderna, su origen y tratamiento alternan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música, etc.); pero, con el advenimiento de la biopsiquiatría y el despegue de la farmacología, pasa a convertirse en una enfermedad más, susceptible de tratamiento y de explicación bioquímica.

Como lo afirma la **Organización Mundial de la Salud**, y **Kessler RC** (2004) la depresión, es la causa principal para padecer discapacidad y está en cuarto lugar dentro de las diez causas principales de la carga de morbilidad en el ámbito mundial. La depresión está catalogada como el trastorno psiquiátrico más común y extenso. La cual no sólo afecta en lo individual, sino en lo colectivo, es decir, acaba con familias completas y en consecuencia con la sociedad. Es un trastorno que también afecta la economía negativamente, porque hace a los que la padecen disminuir su productividad, no permitiendo el óptimo desarrollo de sus potenciales. (Woolfolk A, México, 2017)

Parmelle (España, 2000) y **Valdivia** (Chile, 2002) mencionan que el abordaje, al día de hoy, está generando un interés mayor, la razón es porque hay un aumento en cuanto a la frecuencia en las diferentes etapas de la vida,

siendo de especial importancia el impacto que genera en el desarrollo

Hablando netamente de nuestro país, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz (Perú, www.minsa.gob.pe, 2017), implementada desde el año 2004, si bien es cierto, constituye un primer intento en abordar temas importantes de la salud mental, su enfoque va más dirigido al estado psicológico posterior a situaciones de emergencia y desastre, pero no toma en cuenta la salud mental de la población en otras situaciones.

En el Perú, hay muy poca investigación en temas relacionados con la depresión y sus factores desencadenantes, por esa razón deseamos crear un aporte en cuanto al conocimiento de dichos temas dentro de nuestra sociedad.

1.3 Formulación del problema

¿Cuál o cuáles son los principales factores de riesgo que desencadenan el episodio depresivo en adultos atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital De Baja Complejidad Vitarte durante los meses de octubre a diciembre del 2017?

1.4 Objetivos de la investigación

Objetivo general

- Reconocer el factor o factores de riesgo que se asocian al desencadenamiento y padecimiento de episodio depresivo en pacientes adultos con edad de 20 años o más atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital De Baja Complejidad Vitarte en los meses de octubre a diciembre del 2017.

Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes adultos con trastorno depresivo.
- Decretar como posibles principales factores a la disarmonía familiar y la violencia intrafamiliar para padecer o cursar con episodios depresivos en adultos atendidos en el Servicio de Psiquiatría.
- Definir, si en los pacientes evaluados con antecedentes familiares de depresión, pueden presentar dicha enfermedad o presentar un riesgo mayor en padecerla.
- Decretar si las experiencias diarias o acontecimientos cotidianos que se pueden llegar a presentar en el ámbito laboral, sentimental, o problemas económicos, son factores causales que harán un riesgo mayor de presentar episodio depresivo en pacientes adultos atendidos en el servicio de Psiquiatría.

1.5 Justificación de la investigación

En la actualidad, existen pocos trabajos específicos dirigidos a identificar
Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

mediante datos exactos los factores de riesgo asociados a episodio depresivo en adultos, a pesar de que nuestra población presenta una alta prevalencia de dicha condición; motivo por el cual se presenta este estudio para su amplitud, llevándose a cabo en el Hospital De Baja Complejidad Vitarte.

1.6 Alcances y limitaciones

No hubo ninguna limitación para la realización del presente trabajo de investigación. Los alcances que nos proporcionó el estudio resultan de mucha importancia, en relación a los factores depresores en pacientes adultos atendidos en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte.

1.7 Definición de variables

Variable dependiente

- Episodio depresivo

Variable independiente

- Factores de riesgo
 - Disarmonía familiar
 - Enfermedad crónica grave de un familiar
 - Violencia intrafamiliar
 - Antecedente familiar de trastorno depresivo
 - Episodio de trastorno depresivo
 - Estresor social-laboral

Variables intervinientes

- Edad, sexo

Tesis publicada con autorización del autor

No olvide citar esta tesis

Operacionalización de Variables (Ver ANEXO)

UNFV

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2. 1 Teorías relacionadas al tema

Según **Wang** (USA, 2000) en datos de algunas investigaciones, se halla que la prevalencia de trastorno depresivo mayor en adultos está en el rango entre 2 y 5 %. En poblaciones clínicas, las estimaciones de trastorno depresivo suelen fluctuar entre el 10 y 20 %. Otros mencionan más específicamente entre 15 y 20 %.

En la actualidad, los trastornos depresivos son clasificados por el **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV- TR)** como trastornos del estado de ánimo, ya que comparten con otras entidades de la misma clase la existencia de una particular alteración del humor. En la misma categoría pueden encontrarse otros problemas de los cuales la depresión se diferencia, debido a que se presenta en ausencia de historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco la distancia de los trastornos bipolares, ya que no se debe a enfermedad médica o consumo de sustancias, por lo que establece una distinción entre ella y dichos trastornos.

Wang (USA, 2000) y **Gitanjali** (USA, 2004) mencionan, que la característica primordial de un trastorno depresivo, es que éste se sustenta sobre un estado de ánimo negativo anormal al que llamamos y definimos como “deprimido”. En nuestra vida diaria, entendemos “depresión” como un estado anímico generalizado de infelicidad. Sin embargo, para ser

considerado como un trastorno depresivo, éste estado de ánimo “deprimido”

Tesis publicada con autorización del autor

No olvide citar esta tesis

debe impedir que las personas que lo padezcan tengan una disminución en su

UNFV

productividad y desenvolvimiento diario.

El mismo se puede presentar de las siguientes formas:

- Trastorno depresivo mayor: Alteración del estado del ánimo (tristeza o irritabilidad) casi todos los días y durante la mayor parte del día por un periodo mayor o igual a 2 semanas y que presente 5 ó más de los siguientes síntomas: anhedonia, insomnio, hipersomnia, hiporexia, pérdida o ganancia de peso (variación del 5% del peso corporal basal en un mes) anergia, sentimiento de culpa, sentimiento de minusvalía, enlentecimiento psicomotor, disminución de la capacidad de concentración, ideación suicida. (**Wang**, USA, 2000; **Gitanjali**, USA, 2004)
- Trastorno distímico: Estado de ánimo deprimido (tristeza o irritabilidad) de manera crónica por un periodo mínimo de un año, en el que no hay periodos prolongados en los que el paciente se encuentre bien y que se constituye en un deterioro importante social y/o académico. . (**Wang**, USA, 2000; **Gitanjali**, USA, 2004)
- Trastorno depresivo no especificado (o trastorno depresivo menor): Estado de ánimo deprimido (tristeza o irritabilidad) y/o pérdida de interés en actividades que normalmente eran de interés para la persona, por un periodo menor a 2 semanas que provoca un deterioro significativo social y/o académico. . (**Wang**, USA, 2000; **Gitanjali**, USA, 2004)

2.2 Marco Conceptual

MARCO CONCEPTUAL	
Alcoholismo	Patología que consiste en ingerir grandes cantidades de alcohol del tipo etílico, creando dependencia física en sus consumidores, dicha dependencia se manifiesta en síntomas de abstinencia cuando no es consumido, y tiene tendencia en arruinar el buen funcionamiento de la familia.
Bullying	Es el maltrato que se da en la etapa escolar de forma recurrente y en un periodo de tiempo largo, puede darse de manera psicológica, verbal o física.
Drogadicción	Es la dependencia a sustancias, las cuales llevan a sus consumidores a estados de desadaptación, éstas se manifiestan en sus consumidores mostrando deterioro físico, psicológico o social.
Enfermedad Médica	Padecimiento orgánico como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, insuficiencia renal, de más de un año de duración, que altera el funcionamiento normal de la familia como consecuencia de la gravedad de la enfermedad.
Violencia Física	Abuso que implica contacto con la persona con el fin de causar intimidación, injuria u otro tipo de daño físico.
Violencia Psicológica	Forma de violencia en que una persona a través de abuso verbal, comportamiento dominante, o celotípico genera daño psicológico en otra persona.
Violencia Sexual	Forzamiento de una conducta sexual de una persona sobre otra sin su consentimiento.

2.3 Hipótesis:

H₁: Existen varios factores de riesgo asociados significativamente al episodio depresivo en adultos.

H₀: No existen varios factores de riesgo asociados significativamente al episodio depresivo en adultos.

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

Según orientación: estudio prospectivo, transversal, descriptivo de casos y controles.

Según tendencia: investigación cuantitativa.

3.2 Diseño de investigación

En el presente estudio dado la naturaleza de las variables materia de investigación, responde al de una investigación por objetivos.

3.3 Estrategias de pruebas de hipótesis

A través de la estadística inferencial

3.4 Variables

Las descritas en la tabla de operacionalización de las variables. (Ver ANEXO)

3.5 Población y Muestra

Para esta investigación se contará con pacientes de 20 años de edad a más, a los que llamaremos el grupo de “casos”, con diagnósticos de trastorno depresivo, éste será confirmado y corroborado en cada historia clínica, junto con el médico responsable del Servicio de Psiquiatría del Hospital De Baja Complejidad Vitarte, siendo de vital importancia que dichos pacientes sean evaluados durante los meses de octubre a diciembre del 2017. El grupo que

será llamado “los controles” serán seleccionados y elegidos, de pacientes atendidos en el consultorio de Medicina u hospitalización del ya mencionado

Tesis publicada con autorización del autor

No olvidados en el texto

UNFV

servicio.

Como muestra tuvimos a 322 pacientes de pacientes, con un nivel de confianza de 95% y un poder estadístico de 80% (Ver ANEXO)

Criterios de inclusión:

Criterios de inclusión Casos:

- Se considerará sólo a pacientes que tengan 20 años de edad o más.
- Pacientes que cuenten con el diagnóstico de trastorno depresivo, el cual ha sido corroborado por el médico especialista, y esté mencionado en la historia clínica de cada uno de ellos.
- Sólo se tendrán en cuenta para el estudio a pacientes que han sido atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital De Baja Complejidad Vitarte durante los meses de octubre a diciembre del 2017.

Criterios de inclusión Controles:

- Paciente que no tenga diagnóstico de trastorno depresivo.
- Paciente atendido en el Servicio de Medicina del Hospital De Baja Complejidad Vitarte durante los meses de octubre a diciembre del 2017.

Criterios de exclusión:

Criterios de exclusión Casos

- Pacientes que presenten patologías relacionadas con psiquiatría. (pacientes psicóticos, bipolares, aquellos que cuenten con atención deficiente e hiperactividad, desórdenes de conducta alimentaria, pacientes que presenten ansiedad).

- Pacientes con diagnóstico de enfermedades orgánicas y otras patologías relevantes que estén asociadas al diagnóstico de depresión y estén confirmadas en cada historia clínica.
- No consideramos del grupo “casos” a pacientes que han sido diagnosticados de trastorno depresivo como consecuencia a abuso vivido anteriormente, por consumo excesivo de drogas y medicamentos y efectos de éstos.
- No serán incluidas historias clínicas las cuales están fuera de las fechas octubre y diciembre de 2017, mucho menos se tomará en cuenta las incompletas.
- No serán incluidos pacientes con diagnóstico de retardo mental.

Criterios de exclusión Controles

- Pacientes que presenten patologías relacionadas con psiquiatría. (pacientes psicóticos, bipolares, aquellos que cuenten con atención deficiente e hiperactividad, desórdenes de conducta alimentaria, pacientes que presenten ansiedad).
- Pacientes con diagnóstico de enfermedades orgánicas y otras patologías relevantes que estén asociadas al diagnóstico de depresión y estén confirmadas en cada historia clínica.
- No serán incluidas historias clínicas las cuales están fuera de las fechas octubre y diciembre de 2017, mucho menos se tomará en cuenta las incompletas.
- No serán incluidos pacientes con diagnóstico de retardo mental.

3.6 Técnicas de investigación

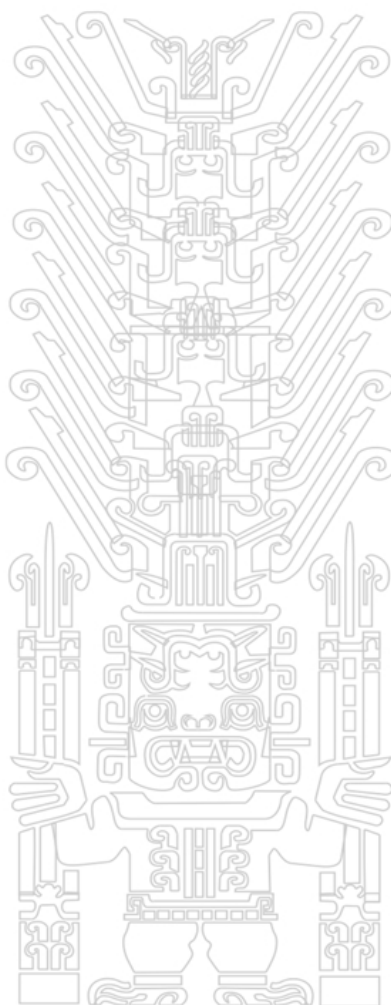
Hemos tenido como población a pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo, confirmando este diagnóstico en cada una de las historias clínicas que pudimos obtener y revisar en los servicios de psiquiatría y medicina interna, en los meses de octubre y diciembre de 2017.

Fuimos seleccionando a los pacientes que formarían parte de nuestra investigación, pudiendo obtener los dos grupos, el de casos y el de controles, utilizando el método de muestro aleatorio simple, teniendo siempre como pautas importantes los criterios tanto de inclusión y exclusión para ello.

A continuación, toda la información obtenida fue analizada mediante el sistema que plantea datos estadísticos. Posteriormente los resultados obtenidos pasaron a evaluación y discusión de los mismos, para luego finalizar con el desarrollo de las conclusiones y mencionar posibles recomendaciones para próximos estudios de investigación

En la elaboración de esta investigación diseñamos un diagrama de tiempos, para poder dividir el desarrollo de nuestro estudio en tres meses, lo que incluye búsqueda y revisión de fuentes bibliográficas hasta la fecha de la publicación, en tiempos adecuados y en conjunta coordinación con la Oficina de Oficina de Capacitación y Docencia del Hospital De Baja Complejidad Vitarte.

Plan de Análisis e Interpretación de Datos: Los resultados obtenidos se presentaron en distribuciones de frecuencia y porcentaje en tablas y gráficos. La información recopilada se procesó electrónicamente a través del paquete estadístico SPSS versión 23, calculándose pruebas estadísticas: Razón de la Probabilidad (OR). Intervalo de Confianza y X^2 (Chi cuadrado) por el método de Fisher.



CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Nuestro estudio estuvo conformado por 322 pacientes, de los cuales el 59,3 % fueron mujeres y el 40,7 % fueron varones. Se obtuvo como media global en cuanto a la edad, un rango que oscilaba entre 37,4 +/- 8,5 años, teniendo como edad mínima 21 años y siendo la máxima 57 años. La media de la edad de los varones fue de 35,7 +/- 9,1 años, y de las mujeres fue de 38,6 +/- 7,9 años.

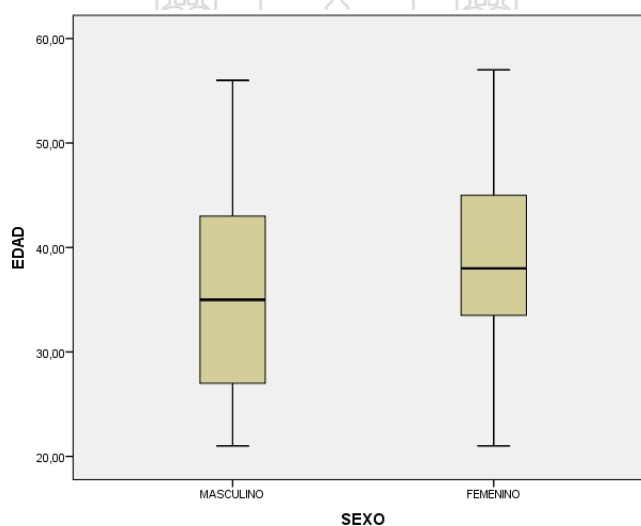
Tabla 01
Medias de la edad según sexo

Sexo	Media	N	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	% de N total
Masculino	35,7023	131	9,12789	21,00	56,00	40,7%
Femenino	38,6492	191	7,90985	21,00	57,00	59,3%
Total	37,4503	322	8,53684	21,00	57,00	100,0%

Fuente: ficha de recolección de datos

Gráfico 01

Medias de la edad según sexo



Encontramos que el 49,4% de nuestros pacientes presentaron depresión (casos), y el 50,6% no presentaron depresión (controles), observamos que los pacientes que presentaron depresión tuvieron una menor media de la edad (35,6 versus 39,2 años).

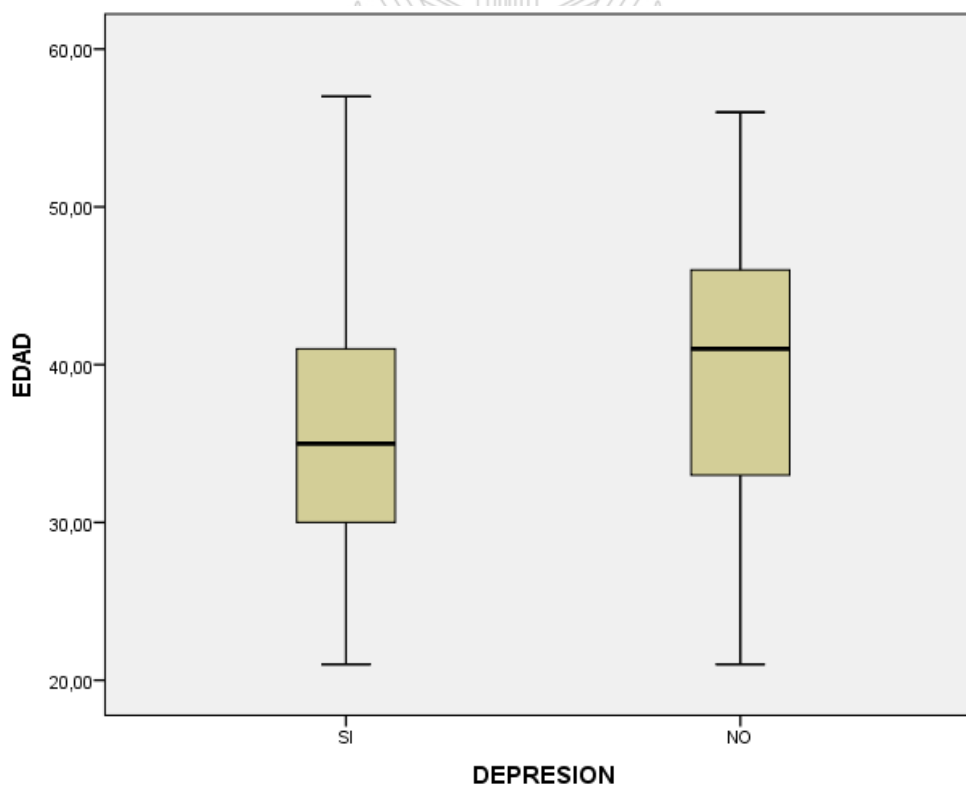
Tabla 02
Medias de la edad según depresión

Depresión	Media	N	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	% de N total
Si	35,6541	159	7,93804	21,00	57,00	49,4%
No	39,2025	163	8,75747	21,00	56,00	50,6%
Total	37,4503	322	8,53684	21,00	57,00	100,0%

Fuente: ficha de recolección de datos

Gráfico 02

Medias de la edad según depresión



Hallamos en nuestras estadísticas algo importante, un vínculo grande, de depresión en nuestros pacientes, los cuales padecen disarmonía (OR=3.8, existe 3.8 veces más de probabilidad que un paciente con disarmonía familiar presente depresión) y de pacientes que viven diariamente algún tipo de violencia en sus familias (OR= 9.6, existe 9.6 veces más de probabilidad que un paciente que vive en medio de la violencia familiar presente depresión). (P<0,05) Por lo que obtuvimos como resultado, un 60,4% en pacientes que presentan disarmonía en sus familias y en paciente que refieren algún tipo de violencia en sus familias un 86,2%.

Tabla 03

Violencia familiar y disarmonía familiar como son factores de riesgo de trastorno depresivo

		Depresión				OR	IC	P
		Si		No				
		N	%	N	%			
Disarmonía familiar	No	63	39,6%	117	71,8%			
	Divorcio o separación de los padres	65	40,9%	46	28,2%			
	Familia uniparental por fallecimiento de uno de los padres	19	11,9%	0	0,0%			
	Conflicto de pareja	4	2,5%	0	0,0%			
	Infidelidad del padre	4	2,5%	0	0,0%			
	Abandono del padre	4	2,5%	0	0,0%			
Disarmonía familiar ²	Si	96	60,4%	46	28,2%	3,8	2,4-6,1	<0,05
	No	63	39,6%	117	71,8%			
Violencia intrafamiliar	No	22	13,8%	99	60,7%			
	Violencia física	9	5,7%	8	4,9%			
	Violencia psicológica	55	34,6%	24	14,7%			
	Violencia sexual	4	2,5%	0	0,0%			
	Violencia física y psicológica	33	20,8%	0	0,0%			
	Negligencia de los padres	16	10,1%	28	17,2%			
	Violencia psicológica sexual	8	5,0%	4	2,5%			
	Violencia física, psicológica sexual	12	7,5%	0	0,0%			
Violencia intrafamiliar ²	Si	137	86,2%	64	39,3%	9,6	5,5-16,6	<0,05
	No	22	13,8%	99	60,7%			

Fuente: ficha de recolección de datos

Tuvimos dentro de las estadísticas un vínculo en cuanto a la depresión y el antecedente familiar, ya sea en parientes de primera línea (OR=2.5, existe 2.5 veces más de probabilidad que un paciente con antecedente familiar de depresión presente depresión). (P<0,05) Obtuvimos que el porcentaje de pacientes evaluados con familiares con depresión como diagnóstico establecido fue de 53,5%.



Tabla 04

Trastorno depresivo en un familiar de primer o segundo grado, como factor de riesgo de trastorno depresivo

		Depresión				OR	IC	P
		Si		No				
		N	%	N	%			
Familiar de primer grado con diagnóstico de trastorno depresivo con o sin tratamiento	No	74	46,5%	112	68,7%			
	Madre	73	45,9%	30	18,4%			
	Padre	8	5,0%	16	9,8%			
	Padre y madre	4	2,5%	5	3,1%			
Familiar de primer grado con depresión	Si	85	53,5%	51	31,3%	2,5	1,6-3,9	<0,05
	No	74	46,5%	112	68,7%			

Fuente: ficha de recolección de datos



Entre otros resultados, pudimos ver como momentos no tan agradables o también llamados “Eventos Estresores”, por ejemplo, problemas laborales, son los que causan el aumento significativo de presentar algún tipo de trastorno de depresión (OR=3,4, existe 3,4 veces más de probabilidad que un paciente con estresor social presente depresión). (P<0,05) Como consecuencia, obtuvimos el porcentaje de 40,9% en pacientes evaluados que sufren problemas en sus centros de estudios.



Tabla 05

Eventos estresores como factores de riesgo de presentar trastorno depresivo

		Depresión				OR	IC	P
		Si		No				
		N	%	N	%			
Estresor social	No	46	28,9%	95	58,3%			
	Conflicto con compañeros de clase	65	40,9%	48	29,4%			
	Ruptura con la pareja sentimental	8	5,0%	8	4,9%			
	Sin especificar	11	6,9%	4	2,5%			
	Problemas en estudios	4	2,5%	0	0,0%			
	No asiste al trabajo por recibir tratamiento	5	3,1%	0	0,0%			
	Conflicto con compañeros del trabajo	16	10,1%	0	0,0%			
	Conflicto con compañeros, ruptura con la pareja sentimental	4	2,5%	8	4,9%			
	Estresorsocial2	Si	113	71,1%	68	41,7%	3,4	2,1-5,4
	No	46	28,9%	95	58,3%			

Fuente: ficha de recolección de datos

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Encontramos que los factores asociados a depresión fueron la disarmonía familiar, violencia intrafamiliar, trastorno depresivo en familiares, y conflicto con familiares, datos que se asemejan con lo reportado por Ángel Ramírez. (Colombia, 2015), quien reporta que el riesgo de depresión en el adulto mayor institucionalizado es frecuente y está asociado a factores clínicos específicos como las enfermedades neurológicas, el deterioro de la funcionalidad física, la discapacidad y el deterioro cognitivo, los cuales deberán resaltarse durante la valoración integral del adulto mayor, con el fin de generar intervenciones que puedan mejorar su bienestar y calidad de vida. Encontramos que el estresor social referente al conflicto con los compañeros de trabajo y de clases genera depresión en los pacientes estudiados, datos que son similares a lo reportado por Elwell-Sutton T.(Sudáfrica, 2017), quien refiere que a largo plazo la reducción de las desigualdades en educación será necesaria para abordar las desigualdades profundamente arraigadas en Sudáfrica.

En nuestro estudio no encontramos que los conflictos de pareja generen depresión en los pacientes, entonces concluimos que nuestra información es diferente con lo que señala Gómez-Restrepo. (Colombia, 2016), quien reporta que estar separado, viudo o divorciado, incrementan el riesgo de depresión y suponen una importante carga de enfermedad.

En nuestro estudio encontramos una mayor frecuencia de depresión en

mujeres (59.3%), es por ello que los datos obtenidos en nuestra investigación no coinciden con lo que refiere Inder KJ. (Australia, 2017), pues él señala que los factores asociados a depresión incluyeron sexo masculino, desempleo o incapacidad para trabajar, estar involucrado en un incidente grave, uso de alcohol peligroso y haber experimentado un reciente episodio de depresión.

Nuestros datos coinciden con lo reportado por Kuroda Y. (Japón, 2017), quien refiere que el riesgo de depresión fue significativamente mayor en el sexo femenino, la edad, la historia de la diabetes y el trastorno cognitivo.

Es importante la interrelación social para mitigar el riesgo de depresión, nuestros datos obtenidos se amoldan con lo que menciona Liu J. (China, 2017), quien refiere que la práctica y la investigación futuras deberían considerar y abordar las relaciones interpersonales y la salud mental.

Hemos de entender que la poca interrelación con los compañeros de clase y/o trabajo conlleve a depresión, pues se generaría una afectación en el rendimiento académico, por lo que podemos inferir que existe una correlación entre la interrelación con los compañeros y el rendimiento académico y depresión, por lo que coincidimos con lo reportado por Ngasa SN. (Camerún, 2017), quien refiere que la prevalencia de los trastornos depresivos mayores se asocia con la presencia de enfermedad crónica, eventos importantes de la vida, sexo femenino y ser un estudiante. A pesar de esta alta prevalencia de depresión mayor entre los estudiantes, no estuvo asociada con el rendimiento académico auto-reportado.

Encontramos en nuestro estudio que una pobre interrelación está asociada a

depresión, por lo que coincidimos con lo reportado por Oliver-Quetglas.

Tesis publicada con autorización del autor

No olvidar esta tesis. (España, 2013), quien reporta que los factores asociados a depresión son

UNFV

maltrato en la infancia, pasar tiempo solo, y problemas para relacionarse.

Es menester que nuestra sociedad tome conciencia y de mayor énfasis a los problemas del trastorno depresivo en nuestro medio, por lo que coincidimos con lo reportado por Renn BN. (USA, 2017), quien refiere que se debería darse prioridad a la contratación y capacitación de la fuerza de trabajo de salud mental para que proporcionen intervenciones psicosociales basadas en la evidencia para la depresión.

Encontramos en nuestro estudio que la disarmonía familiar es un factor de depresión en pacientes adultos, por lo que coincidimos con Segura-Cardona. (Colombia, 2012), quien reporta que el riesgo de depresión en el adulto mayor está más asociado a la dificultad para relacionarse con su entorno físico y afectivo, que a la condición biológica del padecimiento; situación que se podría prevenir si se refuerzan los lazos familiares y se propende por un envejecimiento más activo y funcional.

Coincidimos con lo reportado por Uemura K. (Japón, 2017), quien refiere que todavía no está claro qué tipos de conducta impiden el desarrollo de la depresión, asimismo reporta que el ejercicio físico ligero, la toma de lecciones, el uso de una computadora y la participación en eventos comunitarios mostraron efectos protectores contra los síntomas depresivos. Sin embargo, la importancia de cada factor de comportamiento puede variar según el género.

CONCLUSIONES

Los factores de riesgo asociados a trastorno depresivo en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital de Baja Complejidad Vitarte, fueron: la disarmonía y violencia familiar, el tener un familiar de primer grado con depresión, y el estresor social. ($P < 0.05$)

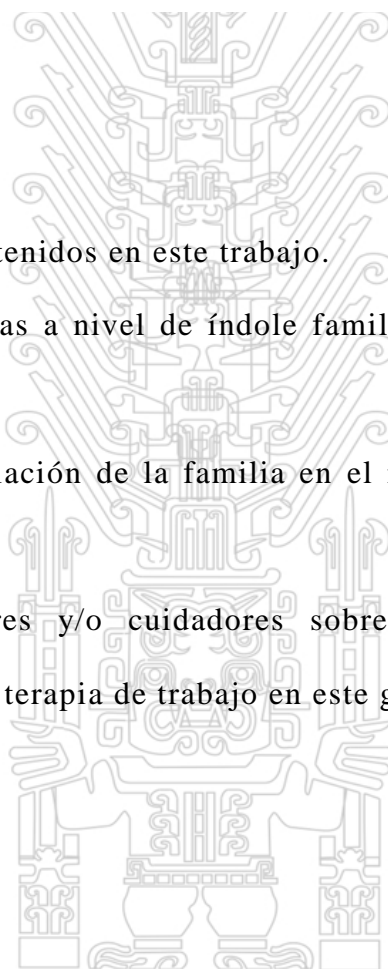
RECOMENDACIONES

Publicar los resultados obtenidos en este trabajo.

Tomar acciones preventivas a nivel de índole familiar en los pacientes con depresión.

Buscar una mayor interrelación de la familia en el manejo del paciente con depresión.

Capacitar a los familiares y/o cuidadores sobre la importancia de la interrelación social, como terapia de trabajo en este grupo de pacientes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (APA), (2000) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - revisado (DSM-IV-TR). Masson. Barcelona

Ángel Ramírez (2015), Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores institucionalizados en la red de asistencia social al adulto mayor. Medellín 2015,

http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4439/2/Riesgo_Depresion_Adultos_Mayores.pdf.

Elwell-Sutton T. (2017), Socioeconomic position and depression in South African adults with long-term health conditions: a longitudinal study of causal pathways. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2017;1-11.

Gitanjali S, et al. (2004), Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms among Young Adolescents. *Arch Pediatric Adolesc Med.* 2004; 158:760-65.

Gladstone T. (2000), The prevention of depression in at-risk adolescents: Current and future directions. *J of Cognitive Psychotherapy.* USA 2000; 14: 9–23.

Gómez-Restrepo. (2016), Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiat.* 2016; 45 (1): 58–67.

Inder KJ. (2017), Depression and Risk of Unintentional Injury in Rural Communities-A Longitudinal Analysis of the Australian Rural Mental Health Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2017; 14 (9).

Kessler RC, (2004), Üstün TB: The World Mental Health (WMH) Survey Initiative

Tesis publicada con autorización del autor

No olvide citar esta tesis

Version of the World Health Organization (WHO) Composite International

UNFV

Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods in Psychiatric Research* 2004; 13:93 - 121.

Kuroda Y. (2017), Occurrence of depressive tendency and associated social factors among elderly persons forced by the Great East Japan Earthquake and nuclear disaster to live as long-term evacuees: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2017; 7 (9).

Liu J. (2007), Family Relationships and Depressive Symptoms Among Chinese Older Immigrants in the United States. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2017; 72 (1):113-8.

Madhav KC. (2017), Association between screen time and depression among US adults. *Prev Med Rep*. 2017; 8:67-71.

Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. Lima- Perú. [Publicación en línea] Disponible en Internet en www.minsa.gob.pe // [Fecha de acceso: 11 de marzo, 2017].

Mojtabai R. (2017), Nonremission and time to remission among remitters in major depressive disorder: Revisiting STAR*D. *Depress Anxiety*. 2017; 18.

Ngasa SN. (2017), Prevalence and factors associated with depression among medical students in Cameroon: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):216.

Oliver-Quetglas. (2013), Factores de riesgo de síndrome depresivo en adultos jóvenes. *Actas Esp Psiquiatr* 2013; 41(2):84-96.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Programas y Proyectos: Salud Mental-Depresión. [Publicación en línea] Disponible en

Internet.http://www.who.int/Mental_health/management/depression/definition/

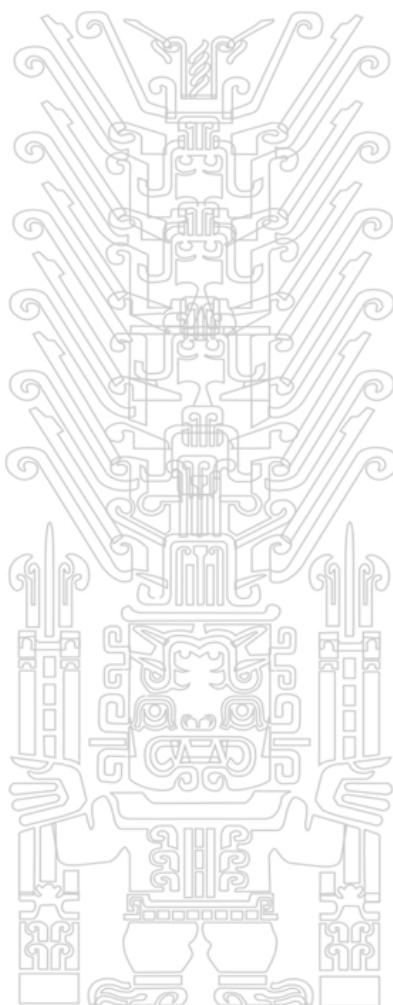
Tesis publicada con autorización del autor

No olvide citar [Fecha de acceso: 11 de marzo, 2017].

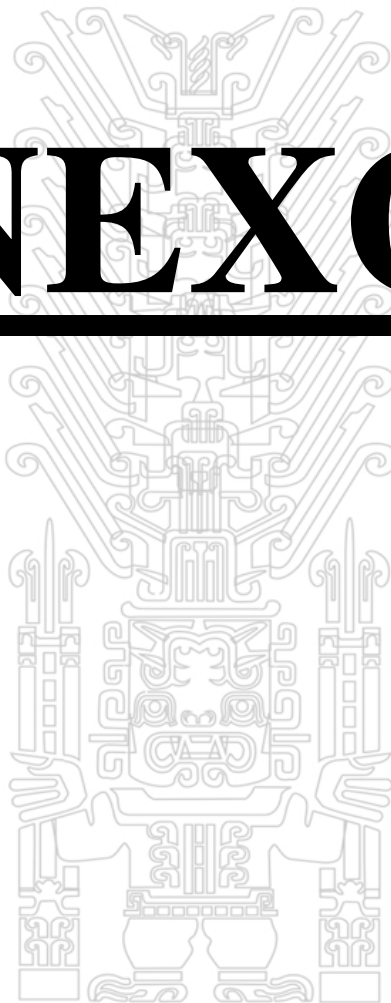
UNFV

- Parmelee D. *Psiquiatría del niño y adolescente*. 3° edición. España. (2000), Editorial Harcourt Brace.
- Pellicer-García B. (2017), Prevalence of Depression and Associated Factors in Non-institutionalized Older Adults With a Previous History of Falling. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017; 31 (5):493-8.
- Renn BN. (2017), Psychosocial Treatment Options for Major Depressive Disorder in Older Adults. *Curr Treat Options Psychiatry*. 2017; 4 (1):1-12.
- Saragoussi D. (2017), Factors associated with failure to achieve remission and with relapse after remission in patients with major depressive disorder in the PERFORM study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017; 13: 2151-65.
- Segura-Cardona. (2015), Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Rev. salud pública*. 2015; 17 (2): 184-94.
- Silva MT. (2017), Prevalence and correlates of depressive symptoms among adults living in the Amazon, Brazil: A population-based study. *J Affect Disord*. 2017; 222: 162-8.
- Uemura K. (2017), Behavioral protective factors of increased depressive symptoms in community-dwelling older adults: A prospective cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2017; 25.
- Valdivia M. *Manual de psiquiatría infantil*. 1° edición. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile. 2002.
- Wang P, Berglund P, Kessler R. (2000), Recent care of common mental disorders in the United States: prevalence and conformance with evidence-based recommendations. *Jof General Internal Medicine* 2000; 15:284-92

Woolfolk A, et al. (2007), Psicología educativa. [Publicación en línea] México: Prentice Hall, 2007; Disponible en Internet en: <http://books.google.com.pe/> Fecha de acceso: 10 de octubre, 2017].



ANEXOS



A. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador	Instrumento
Sexo	Condición orgánica que distingue a la persona, determinada según características fenotípicas externas	Cualitativa	Nominal	1) Femenino 2) Masculino	Ficha de recolección de datos
Edad	Tiempo de vida del paciente	Cuantitativa	De razón	Nº de años	
Trastorno depresivo	<p>Trastorno del estado del ánimo que tiene como elemento central la sintomatología depresiva, de acuerdo al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM.IV-.TR) consideramos lo siguiente:</p> <p>1. Estado de ánimo deprimido y/o pérdida de interés por un periodo mayor o igual a 2 semanas que provoca un deterioro significativo social y/laboral.</p> <p>2. Estado de ánimo deprimido y/o pérdida de interés por un periodo menor a 2 semanas que provoca un deterioro significativo social y/laboral.</p> <p>3. Estado de ánimo deprimido de manera crónica por un periodo mínimo de un año, en el que no hay periodos prolongados en los que el paciente se encuentre bien y que repercute en su funcionamiento social y/o laboral</p>	Cualitativa	Nominal	1. Trastorno depresivo mayor 2. Trastorno depresivo no especificado 3. Distimia	

Disarmonía familiar	Situación familiar en la que los padres se encuentran separados o divorciados, o se constituye una familia uniparental por fallecimiento de uno de los miembros	Cualitativa	Nominal	1) Sí Divorcio o separación de los padres Familia uniparental por fallecimiento de uno de los padres 2) No	Ficha de recolección de datos
Enfermedad crónica grave de un familiar.	Enfermedad de duración mayor a un año de algún familiar que vive con el paciente que signifique una alteración en el normal funcionamiento de la dinámica familiar	Cualitativa	Nominal	1) Sí Abuso de sustancias (alcoholismo, drogadicción) enfermedad médica (hipertensión arterial, diabetes, cáncer, insuficiencia renal) 2) No	
Violencia intra familiar	Maltrato ejercido por un familiar hacia el paciente en el ámbito doméstico	Cualitativa	Nominal	1) Sí Violencia física Violencia psicológica Violencia sexual Violencia física y/o psicológica Negligencia de los padres 2) No	
Antecedente familiar de trastorno depresivo	Trastorno depresivo diagnosticado en familiares por médico psiquiatra y que puede o no estar recibiendo tratamiento antidepressivo farmacológico	Cualitativa	Nominal	1) Sí Antecedente de depresión familiar 2) No	
Episodio de trastorno depresivo previo	Ocurrencia anterior de trastorno depresivo en el sujeto de investigación consignado en la historia clínica que se resolvió adecuadamente y sucedió hace más de un año del episodio actual	Cualitativa	Nominal	1) Sí Trastorno depresivo 2) No	
Estresor social-laboral	Factor estresante del ámbito social y/o laboral que genere sintomatología depresiva. Ruptura con la pareja sentimental: Término de la relación romántica con un hombre o mujer	Cualitativa	Nominal	1) Sí Conflicto con compañeros de clase Ruptura con la pareja sentimental 2) No	

B. MUESTRA

Se utilizará la siguiente fórmula para el cálculo del tamaño muestral:

- Frecuencia de exposición en los controles= 45.30%
- OR previsto = 2
- Nivel de seguridad (α)= 95 %
- Poder estadístico ($1-\beta$) = 80 %

Con estos datos, para un planteamiento bilateral, y el cálculo del tamaño muestral, se utilizará la expresión:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde $p = \frac{p_1 + p_2}{2}$ y los valores $z_{1-\alpha/2}$ y $z_{1-\beta}$ son valores que se obtienen de la distribución normal estándar en función de la seguridad y el poder elegidos para el estudio. En particular, para una seguridad de un 95% y un poder estadístico del 80 % se tiene que $z_{1-\alpha/2} = 1,96$ y $z_{1-\beta} = 0,84$.

Tamaños de muestra y potencia para estudios de casos y controles independientes

Proporción de casos expuestos	:	62.35 %
Proporción de controles expuestos	:	45.30 %
OR esperado	:	2.000
Controles por caso	:	1

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

Nivel de confianza 95.0 %

UNFV

Tamaño de muestra

POTENCIA (%)	Ji- cuadrado	Casos	Controles
80.0	Sin correcciones	133	133
	Corrección de Yates	145	145



C. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de historia clínica:

Edad:

Sexo:

- Masculino
- Femenino

Diagnóstico consignado en historia clínica por médico psiquiatra:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno depresivo no especificado
- Distimia

Factores de riesgo: (marcar con un aspa)

Intrínsecos:

Antecedente de episodio depresivo previo en la persona:

- Sí ()
- No ()

Familiar con diagnóstico de trastorno depresivo con o sin tratamiento

- Madre ()
- Padre ()
- Tíos ()
- Hijos ()
- Esposa ()
- Otros ()

Nro. De Hijos:

Extrínsecos:

I- Familiares:

Disarmonía familiar:

- Divorcio o separación ()
- Familia uniparental por fallecimiento de un familiar ()
- Enfermedad crónica grave de un familiar ()

- Abuso de sustancias

Alcoholismo ()

Drogas ()

Otro ()

- Enfermedad médica

HTA ()

Diabetes ()

Cáncer ()

Insuficiencia renal ()

Tuberculosis ()

Otras () Especificar: _____

Violencia intrafamiliar ()

Violencia física ()

Violencia psicológica ()

Violencia sexual ()

Violencia física y psicológica ()

Negligencia de los padres ()

Sociales- laboral:

A.- Estresor social:

Conflicto con compañeros de clase ()

Ruptura con la pareja sentimental ()

Conflicto con vecinos ()

Tiene deudas pendientes ()

B.- Estresor laboral:

Ingreso laboral

Tipo de ocupación

Condición laboral: Nombrado () Contratado () Independiente ()

Especificar:

