

República Bolivariana de Venezuela  
Ministerio del Poder Popular para la Educación  
Estado Bolivariano de Miranda  
U.E.P Minerva I  
6to Periodo

**CAMPAÑA INFORMATIVA SOBRE LA DEPRESIÓN PARA EL LICEO  
BOLIVARIANO ELÍAS RODRÍGUEZ**

**CARACAS 2019**

**TUTOR:**

**Génesis Vargas**

**Valeska Rodríguez**

**AUTORA:**

**Cardellicchio Sara**

# ÍNDICE

|   | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| <b>Dedicatoria</b>                          | <b>I</b>    |
| <b>Agradecimiento</b>                       | <b>II</b>   |
| <b>Introducción</b>                         | <b>5</b>    |
| <b>CAPITULO I. EL PROBLEMA</b>              | <b>7</b>    |
| <b>1.1 Situación Problemática</b>           | <b>7</b>    |
| <b>1.2 Justificación</b>                    | <b>9</b>    |
| <b>1.3 Objetivos de la investigación</b>    | <b>10</b>   |
| <b>1.3.1 Objetivo General</b>               | <b>10</b>   |
| <b>1.3.2 Objetivos Específicos</b>          | <b>10</b>   |
| <b>1.4 Delimitación</b>                     | <b>11</b>   |
| <b>1.5 Limitación</b>                       | <b>11</b>   |
| <b>CAPITULO II MARCO CONCEPTUAL</b>         | <b>12</b>   |
| <b>2.1 Antecedentes de la investigación</b> | <b>12</b>   |
| <b>2.2 Bases Teóricas</b>                   | <b>14</b>   |
| <b>2.2.1 La Depresión</b>                   | <b>14</b>   |
| <b>2.2.2 historia</b>                       | <b>15</b>   |
| <b>2.2.3 Epidemiología</b>                  | <b>16</b>   |
| <b>2.2.4 Etiología</b>                      | <b>17</b>   |
| <b>2.2.5 Teoría Inflamatoria</b>            | <b>17</b>   |
| <b>2.2.6 Factores Ambientales</b>           | <b>19</b>   |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.2.7 Factores de Riesgo en Depresión                | 28        |
| 2.2.8 Acontecimientos Traumáticos en la Infancia     | 29        |
| 2.2.9 Causas de la Depresión                         | 31        |
| 2.2.10 La Depresión en la Niñez y en la Adolescencia | 32        |
| 2.2.11 Clasificación                                 | 33        |
| 2.2.12 Diagnostico                                   | 36        |
| 2.2.13 Tratamiento                                   | 38        |
| 2.2.14 Farmacología                                  | 39        |
| 2.2.15 Psicoterapia                                  | 40        |
| 2.3 Adolescencia                                     | 44        |
| 2.3.1 Características de la Adolescencia             | 44        |
| 2.4 Definición de Términos                           | 47        |
| <b>CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO</b>               | <b>48</b> |
| 3.1 Nivel de la investigación                        | 48        |
| 3.2 Diseño de la investigación                       | 48        |
| 3.3 Población y Muestra                              | 49        |
| 3.3.1 Población                                      | 49        |
| 3.3.2 Muestra  | 50        |
| 3.4 Tipo de Muestreo                                 | 50        |
| 3.4.1 Muestreo Probabilístico                        | 50        |
| 3.4.2 Características de Muestreo Probabilístico     | 51        |
| 3.5 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos   | 51        |
| 3.5.1 Instrumento                                    | 51        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>3.6 Cuadro de Operalización de Variables</b>           | <b>52</b> |
| <b>CAPITULO IV RESULTADO DE LA INVESTIGACION</b>          | <b>56</b> |
| <b>4.1 Presentación y Análisis de Resultados</b>          | <b>56</b> |
| <b>CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>          | <b>70</b> |
| <b>5.1 Conclusiones</b>                                   | <b>70</b> |
| <b>5.2 Recomendaciones</b>                                | <b>71</b> |
| <b>Fuentes Bibliográficas</b>                             | <b>72</b> |
| <b>CAPITULO VI CAMPAÑA INFORMATIVA SOBRE LA DEPRESION</b> | <b>73</b> |

### **ÍNDICE DE TABLAS**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Tabla N° 1 Distribución de la Población</b> | <b>49</b> |
| <b>Tabla N° 2 Distribución de la Muestra</b>   | <b>50</b> |
| <b>Tabla N° 3 Operalización de Variables</b>   | <b>53</b> |

### **ÍNDICE DE ANEXOS**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Anexos N° 1 Cuestionario aplicado a alumnos de 1er año de alumnos del Liceo “Elías Rodríguez”</b> | <b>55</b> |
| <b>Anexos N° 2 Fotos de la autora aplicando el cuestionario</b>                                      | <b>-</b>  |

## ÍNDICE DE CUADROS

| <b>Numero de Cuadro</b> | <b>Pág.</b> |
|-------------------------|-------------|
| <b>Cuadro N° 1</b>      | <b>57</b>   |
| <b>Cuadro N° 2</b>      | <b>58</b>   |
| <b>Cuadro N° 3</b>      | <b>59</b>   |
| <b>Cuadro N° 4</b>      | <b>60</b>   |
| <b>Cuadro N° 5</b>      | <b>61</b>   |
| <b>Cuadro N° 6</b>      | <b>62</b>   |
| <b>Cuadro N° 7</b>      | <b>63</b>   |
| <b>Cuadro N° 8</b>      | <b>64</b>   |
| <b>Cuadro N° 9</b>      | <b>65</b>   |
| <b>Cuadro N° 10</b>     | <b>67</b>   |
| <b>Cuadro N° 11</b>     | <b>68</b>   |
| <b>Cuadro N° 12</b>     | <b>69</b>   |

## INTRODUCCION

Ser adolescente es vivir una época de varias transiciones en la que se abandona el rol del niño para asumir el papel adulto. La adolescencia es la etapa de la vida que tiene necesidades y problemas que son propios de esa edad y que al no ser visualizados por los padres, educadores y personal de la salud, generan la percepción de que no es necesario prestarle atención a su salud física y mental y al desarrollo humano.

La depresión es uno de los principales problemas de salud en el mundo, actualmente, constituye un número importante de ser causante de suicidios a escala global, siendo las principales víctimas los jóvenes, por eso este trabajo persigue el objetivo de fortalecer la educación preventiva, que permita hacer un aporte para la protección de la salud mental de los adolescentes, a través de mejorar el conocimiento sobre la depresión, despertando en si un alerta en los ellos que les permita estar percibidos a los grandes peligros y consecuencias que pueden tener al pasar esta etapa de sus vidas ignorando que pueden convertirse en víctimas de esta enfermedad si no toman en cuenta información valiosa que les ayude a prevenir y detectar si están padeciendo de la misma.

La investigación se desarrolló cumpliendo con los pasos necesarios para cumplir con los objetivos planteados, enmarcada dentro de 5 (cinco) capítulos a saber:

Capítulo I: Planteamiento del Problema. Se hizo una exposición sobre la problemática y la necesidad e importancia de fortalecer el conocimiento de los adolescentes sobre la depresión. En este sentido se presentan los motivos que justifican la investigación, los objetivos que se pretenden alcanzar tanto generales como específicos, el alcance del estudio y las limitaciones.

Capítulo II: Marco Teórico. En este capítulo se hizo referencia a las investigaciones anteriores que según el criterio de los investigadores se relacionan con este trabajo. También se contemplan las bases teóricas bajo las cuales se fundamenta la depresión siendo este el tema principal de la investigación.

Capítulo III: Marco Metodológico. En este capítulo se determinó la modalidad metodológica de investigación así como el área, la población y muestra, instrumentos y técnicas de

recolección de datos, validación y confiabilidad del instrumento y las técnicas de análisis de los datos.

Capítulo IV: Resultados, Análisis e Interpretación. Una vez obtenidos los datos referidos a la población y muestra sujetos a la investigación se realizó el análisis de los resultados.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones. En este capítulo se presentan las conclusiones y una serie de recomendaciones dadas por la autora.

Al final se presentan las referencias bibliográficas que comprenden los materiales consultados y citados para establecer las bases teóricas del estudio realizado.

## CAPITULO I

### Planteamiento de problema

#### 1.1. Situación problemática

En su origen etimológico la palabra depresión se deriva del latín depressus cuyo significado es “abatido”, “derribado” fue considerado desde la antigüedad como un trastorno emocional que presenta un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

El termino medico hace referencia a la depresión como: un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en sus actividades o limitar la actividad vital, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.

Globalmente, la depresión es la principal enfermedad y motivo de discapacidad entre los adolescentes, según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), esto debido al proceso de construcción de la personalidad que se da en gran parte durante la adolescencia, en este intervienen muchas variables, entre ellas: la predisposición genética, el temperamento, la familia, la educación, el proceso de sociabilización, el ambiente, los acontecimientos vitales y otras situaciones que son factores de depresión en los adolescentes, debido al estrés que surge por estos cambios biológicos y psicológicos propios de esta etapa de la vida. Las cifras actualmente muestran que, el suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes de 15-24 años después de los accidentes y el homicidio siendo esto una problemática de salud pública, son alarmantes estas cifras y más cuando la OMS afirma que para el 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo, lo que pone a este trastorno anímico y mental en un lugar de alta importancia. Sin embargo según la doctora Flavia Bustreo subdirectora general para la salud de las mujeres y los niños en la OMS declara que “El mundo no presta suficiente atención a la salud mental de los adolescentes”

convirtiéndose así en gran problemática porque para la salud pública debe ser prioridad tratar a tiempo los trastornos depresivos dentro de esta población, de manera que su prevención se haga en el tiempo justo, ya que Algunos estudios demuestran que todas las personas que padecen problemas mentales sufren sus primeros síntomas a partir de los 14 años.

Los adolescente son más vulnerables a desarrollar episodios depresivos a lo largo de esta etapa sin que sean detectados a tiempo y terminen invariablemente en situaciones tales como la deserción escolar por bajo rendimiento académico, predisposición a consumo de sustancias psicoactivas, trastornos mentales como la esquizofrenia, trastornos alimentarios y otros trastornos de la personalidad, como la disminución en la relación con sus pares y en el peor de los casos el suicidio. La adolescencia es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamientos saludables.

Debido a la problemática antes expuesta es necesaria la creación y fortalecimiento de redes institucionales para la detección y prevención de factores de riesgos para la salud mental, sin embargo no se encuentra una articulación apropiada ni pertinente de los sectores salud y educación para el manejo de los trastornos mentales puesto que se ha avanzado en otras áreas como la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. No ha sido igual para el manejo de los trastornos depresivos, de allí surge la propuesta de realizar una campaña informativa sobre esta enfermedad, con el objetivo de explicar cómo se previene, se detecta y como se combate con el fin de prevenir y de alertar a los adolescentes en caso de que la estén padeciendo sin saberlo y motivarlos a buscar ayuda profesional y oportuna.

Para intentar revertir esta situación, a través de este trabajo se hace un pequeño aporte concentrando las acciones, en diseñar una campaña para la prevención y conocimiento acerca de la depresión, con el propósito de fortalecer los conocimientos que tienen los adolescentes y jóvenes del Liceo Elías Rodríguez. Este estudio se propone realizar un diagnóstico de la situación actual del conocimiento que poseen los adolescentes del Liceo Bolivariano Elías Rodríguez; además de plantear se realice una campaña informativa como estrategias para mejorar esta situación el dicho plantel educativo. Poniendo en práctica algunas estrategias como la exposición y colaboración con una cartelera informativa para la ejecución de dicho proyecto y llegar así a la etapa de conclusiones sobre su viabilidad. Y la continuación de la ejecución depende de la institución y no del investigador. Malangón, G., refiere que

“Implementar un sistema de gestión de educación en una organización prestadora de servicios demanda tiempo y dedicación, sobre todo un gran compromiso de la Dirección”.

En base a la problemática antes expuesta surgen las siguientes interrogantes:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la depresión en los adolescentes del Liceo Bolivariano Elías Rodríguez?

¿Por cuál medios los adolescentes del Liceo Bolivariano Elías Rodríguez están obteniendo información acerca de la depresión?

¿Cómo diseñar una campaña como estrategia para fortalecer el conocimiento sobre la depresión en los adolescentes del Liceo Bolivariano Elías Rodríguez y a su vez este sea aplicado en pro de prevenir esta enfermedad y sus consecuencias?

## **1.2 Justificación**

Es oportuno destacar que la depresión es un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en sus actividades y que según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) están siendo las principales víctimas los adolescentes y jóvenes.

Es aquí donde la participación del personal educativo es primordial porque las instituciones educativas tiene el poder de planificar y convocar a la mayoría de los jóvenes para brindarles información acertada y un mejor adiestramiento de cómo evitar ser alcanzados por esta enfermedad que está presente en la sociedad.

Desde esta perspectiva esta investigación tiene su justificación teórica porque se revisan conceptos y términos relacionados con la enfermedad de la depresión, así como también las características de la enfermedad y las terribles consecuencias que esta genera. También en la parte metodológica porque se utilizan técnicas de investigación para elaborar

el instrumento que arrojará los resultados de la necesidad de un programa educativo que fortalezca los conocimientos que poseen los adolescentes en cuanto a la depresión.

El presente trabajo es de gran importancia no solo por los objetivos que propone alcanzar sino porque serán beneficiados los adolescentes del Liceo Bolivariano Elías Rodríguez y todo plantel que desee aplicar la campaña informativa que se creará. Esta investigación también busca servir de apoyo para los próximos estudiantes que deseen desarrollar un trabajo referente a este tema.

### **1.3 Objetivos de investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Proponer una campaña informativa sobre la depresión para fortalecer el conocimiento que tienen los adolescentes del Liceo Bolivariano Elías Rodríguez

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Indagar el nivel de conocimiento sobre la depresión en los adolescentes del Liceo Bolivariano Elías Rodríguez
- Identificar el medio por el cual obtienen información sobre la depresión
- Conocer variables socioeconómicas y psicográficas
- Diseñar una campaña como estrategia para fortalecer el conocimiento sobre la depresión en los adolescentes del Liceo Bolivariano Elías Rodríguez y a su vez este sea aplicado en pro de prevenir esta enfermedad y sus consecuencias

### **1.4 Delimitación**

**Delimitación de tiempo:** 4 meses de Abril a Julio de 2019

**Delimitación de espacio:** Liceo Bolivariano Elías Rodríguez

**Delimitación de población:** Los estudiantes de primer año del Liceo Bolivariano Elías Rodríguez

**Delimitación de temática:** Depresión, trastornos, adolescentes, educación, estrés, ansiedad

## **1.5 Limitación**

Para hacer mi investigación me limita la situación del país, la luz, el internet (en mi casa no tengo internet), entre otras cosas.

## **CAPITULO II**

### **MARCO CONCEPTUAL**

#### **2.1 Antecedentes de la investigación**

Para tener un marco referencial en la elaboración del presente trabajo se hizo una revisión de cinco (3) tesis de grado basadas en temas relacionados con la presente investigación

De esta manera se consultó el trabajo de Ángela Uribe, carolina Giraldo, María Marulanda, Gladis Rodríguez y Xiomara rivera (2015) en su trabajo de grado que se presenta ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Libre de Pereira para optar al Título de Magister en enfermería titulado Depresión en Adolescentes Pereira. “La depresión es un estado de abatimiento e infelicidad, puede ser transitorio o permanente, en los adolescentes, una población que muestra conductas de riesgo, de alta vulnerabilidad, especialmente de aquellos que se ocultan en las multitudes con un estado emocional de tristeza o autoestima baja. La presente investigación dio a conocer los factores de riesgo más relevantes que conllevan a la depresión en los adolescentes de 14 a 16 años de colegio 28 de febrero de la Ciudad de Loja para así construir una propuesta de prevención; para lo cual se realizó un estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo, en donde fue necesario tener datos específicos de las condiciones sociodemográficas y familiares de los estudiantes sujetos a estudios, además se aplicó el test de Zung cuyos resultados obtenidos son: prevalencia de depresión 65.85%. En cuanto al género tenemos 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 asociación estadística entre las variables de estudio, se tiene relación o significa estadísticas encontrándose un valor de  $p < 0,05$  (0,048) 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. La propuesta de prevención para los adolescentes tiene que ver con temas como actividad física, recreacional porque la comunidad educativa tiene el reto de evitarles a los jóvenes caer en estados emocionales de tristeza, depresión, autoestima baja, por el contrario la formación de los jóvenes es integral. Los resultados que se obtuvieron en el presente estudio se analizaron, concluyendo así con realización de la entrega de un tríptico con aspectos frecuentes y recomendaciones, al personal involucrado en la comunidad educativa”.

Por su parte Cristina Jadan (2016) titulado Depresión en adolescente de 14 a 16 años del colegio 28 de Febrero de la ciudad de Loja, trabajo presentado para obtener el título profesional de licenciada (o) en enfermería concluyo: “Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, trasversal con el fin de realizar la caracterización sociodemográfica y de identificar a distribución y frecuencia de las manifestaciones y grado de depresión mediante la aplicación del instrumento “inventario de depresión de Beck” en un grupo de adolescentes de grado decimo, de una institución educativa Distrital, de la localidad de suba, Bogotá.

Participaron 66 adolescentes distribuidos en dos grupos, 36 que corresponden a 1001 y 30 a 1002. Acerca de la caracterización sociodemográfica la edad promedio fue 15 años, participaron 59.4% mujeres y 40.6% hombres, el estado civil fue soltero por un 98,4%, su estrato socioeconómico fue 59,4% del estrato 3 y un 40,6% del estrato 2.

La procedencia más reportada fue Bogotá con un 85.9%, otras procedencias 9,4%. La convivencia reportada en su orden fue: juntos padres 29.%, con solo la madre 26.6%, dentro de una familia nuclear incluidos los hermanos 18.8%.

Entre las manifestaciones subjetivas más encontradas en este grupo de adolescentes esta la irritabilidad en 38\66 adolescentes y el sentimiento de autoacusación estuvo presente en 38\66. Con respecto a las manifestaciones objetivas los adolescentes de este estudio manifestaron poco interés social por 23\66, insomnio por un 26\66 y pérdida del apetito por 23\66.

Lo anterior se relaciona para que en un 26%, de este grupo de adolescentes se encontrara con algún grado de depresión, distribuidos en 21% depresión leve y 5% depresión moderada. El 64% de este grupo de adolescentes no presentaron ningún grado de depresión”

También apporto a esta investigación el trabajo de grado presentado por Morales Karen (2015) ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo para optar al Título de Magister en enfermería, titulado manifestaciones y grado de depresión en un grupo de adolescentes de una institución educativa de la localidad de Carabobo. “se entiende por adolescencia una etapa que abarca desde los finales de la infancia hasta la edad adulta, englobando todas las incertidumbres connotativas del crecimiento emocional y social del ser humano. La adolescencia puede tener cualquier duración, entre los 12 y los 18 años y la intensidad de los procesos que en ella acontecen son variables en toda la etapa.”

Lo primero que sobresale al acercarse a la adolescencia es el relevante desconocimiento que sucede en casi todo su devenir y acontecer vital. La depresión es uno de los problemas que acontece en esta etapa de la vida y que requiere conocer su comportamiento y prevalencia para poder intervenir desde el punto de vista de enfermería.

De este trabajo se estudia la frecuencia de depresión en adolescentes del colegio Deogracias Cardona de Pereira, medida con la escala de Zung y algunos factores de riesgo, para que posteriormente con los resultados obtenidos se puedan realizar intervenciones de enfermería que contribuyan a un mejor bienestar del adolescente.”

## **2.2 Bases teóricas**

### **3.2.1 La Depresión**

La depresión es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. En la mayoría de los casos, el paciente describe su estado, y los demás lo ven como derribado, debilitada su base de sustentación afectiva, desganado, triste, apenado, cajoneado, hipoergico (Passel, 2000). Es uno de los más importantes depredadores de la felicidad humana.

Según la OMS del 2008; Depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza 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.

Es importante aclarar la diferencia entre un estado depresivo (definido medicamente como cambio en la homeostasis interna sin causa aparentes), con un estado tristeza (producido por ejemplo con la muerte de un familiar, pérdida de trabajo, etc.). Puede tener muchas causas, desde el estrés hasta la genética; y manifestarse de muchas formas, desde la fatiga a la angustia más atroz. Puede tener graves consecuencias sociales (Gitanjali, Jacham Overpeck & Giedd, 2009). Es uno de los problemas más intrincados con que se enfrenta el hombre.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. Existen algunas características como:

- La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo
- La depresión afecta más a la mujer que al hombre. Hay tratamientos eficaces para la depresión
- La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad
- En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio (Casal, 2013)

### **2.2.2 Historia**

Conocida en sus inicios con el nombre de melancolía, la depresión aparece descrita o referenciada en numerosos escritos y tratados médicos de la Antigüedad. El origen del término se encuentra en Hipócrates, aunque hay que esperar hasta el año 1725, cuando el británico Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión.<sup>6</sup> Hasta el nacimiento de la psiquiatría moderna, su origen y sus tratamientos alternan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música, etc.) pero, con el advenimiento de la controversia de la biopsiquiatría y el despegue de la psicofarmacología, pasa a ser descrita como acaso

una enfermedad más. Su alta prevalencia y su relación con la esfera emocional la han convertido, a lo largo de la historia, en frecuente recurso artístico e incluso en bandera de movimientos culturales como el romanticismo

### **2.2.3 Epidemiología**

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, y para el trastorno depresivo mayor, una incidencia anual del 1 al 2 por mil.

Según la OMS en el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión.

Estudios y estadísticas parecen coincidir en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, aunque no son pocos los trabajos que cuestionan esta asimétrica incidencia: existen estudios que indican que la depresión en el hombre es mucho menos admitida y su sintomatología reporta de manera diferente.

Algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general. La mayor duración del primer episodio y el mayor número de episodios en la vida de aquellos con depresión de inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno en jóvenes.

#### **2.2.4 Etiología**

Molécula de serotonina. El eje serotonina-dopamina parece cumplir un papel fundamental en el desarrollo de los trastornos depresivos. En este descubrimiento se funda el efecto de los modernos antidepresivos, inhibidores de la recaptación de serotonina.

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales. Entre todos ellos, los factores biológicos son los que merecen especial atención, incluyendo la Psico-Neuro-Inmunología, que plantea un puente entre los enfoques estrictamente biológicos y psicológicos.

Un elevado y creciente número de evidencias indica que los episodios depresivos se asocian no sólo con cambios en la neurotransmisión del sistema nervioso central, sino también con cambios estructurales en el cerebro, producidos a través de mecanismos neuroendocrinos, inflamatorios e inmunológicos.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión.

Actualmente, no existe un perfil claro de biomarcadores asociados con la depresión que pueda ser usado para el diagnóstico de la enfermedad.

#### **2.2.5 Teoría inflamatoria**

Existe un creciente número de pruebas que demuestran que la depresión está asociada con una respuesta inflamatoria crónica de bajo grado, que trae como consecuencia la activación de la inmunidad celular y una respuesta anti-inflamatoria compensatoria, caracterizada por procesos inmuno-reguladores negativos. Nuevas evidencias muestran que la depresión clínica se acompaña de un aumento del estrés oxidativo y aparición de respuestas autoinmunes, que contribuyen a la progresión de la depresión.

La teoría que mayor interés ha suscitado entre los investigadores es la participación de las citoquinas pro-inflamatorias en los cambios del comportamiento típicos de la depresión. El aumento de las mismas y sus efectos sobre el sistema nervioso central contribuyen al desarrollo de los síntomas depresivos somáticos y neuropsicológicos. De hecho, en los estudios donde a participantes sanos se les administran infusiones de endotoxinas para desencadenar la liberación de citoquinas, aparecen los síntomas depresivos clásicos que también condicionan las características conductuales y cognitivas típicas de la depresión. Por ejemplo, aproximadamente el 25% de los pacientes que reciben interferón para el tratamiento de la hepatitis C, desarrolla una depresión importante.

Muchos estudios realizados hasta el momento han demostrado la existencia de niveles elevados de citoquinas pro-inflamatorias en el suero de los pacientes con un episodio depresivo grave. Un interesante fenómeno que confirma el vínculo entre los procesos inflamatorios y los síntomas de la depresión, es la asociación de síntomas depresivos con enfermedades inflamatorias, autoinmunes o neuroinflamatorias, tales como el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la enfermedad cardiovascular, la diabetes, la alergia, la artritis reumatoide, la enfermedad celíaca, la esclerosis múltiple y la enfermedad de Parkinson.

Los niveles de citoquinas pro-inflamatorias se correlacionan con la gravedad de los síntomas depresivos, mientras que el tratamiento con antidepresivos y la mejoría clínica conducen a la normalización de la concentración de citoquinas pro-inflamatorias en los pacientes con depresión. Un meta análisis de 22 estudios que evaluó la relación entre los niveles de marcadores inflamatorios y la eficacia de los medicamentos antidepresivos en el tratamiento de la depresión, demostró una disminución de los niveles de citoquinas pro-inflamatorias, tales como la IL-1 $\beta$  y la IL-6, asociado al uso de fármacos antidepresivos, especialmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

La falta de respuesta a los tratamientos antidepresivos se asocia con niveles persistentemente elevados de marcadores inflamatorios y puede explicarse por la existencia de procesos inflamatorios crónicos, daño crónico por un aumento del estrés oxidativo y por la aparición de trastornos autoinmunes.

Cualquier factor que active la inmunidad celular y los procesos inflamatorios sin una activación concomitante de la respuesta anti-inflamatoria compensatoria, puede agravar aún más los efectos perjudiciales de los procesos inmuno-inflamatorios activados. Diferentes factores ambientales potencialmente conectados con la inflamación sistémica aumentan el riesgo de desarrollar depresión; estos incluyen factores de estrés psicosocial, mala alimentación, permeabilidad intestinal aumentada, intolerancias alimentarias, inactividad física, obesidad, tabaquismo, atopia, enfermedades periodontales, sueño y deficiencia de vitamina D.

## **2.2.6 Factores ambientales**

### **- Estrés psicosocial y trauma**

De todos los factores psicosociales posibles, el estrés y el trauma psicológico son los mejor conocidos. Tanto el trauma agudo o los factores de estrés sub-crónico, como la exposición temprana al trauma infantil, aumentan el riesgo de desarrollar depresión y de provocar alteraciones del estado de ánimo, por su impacto sobre el sistema inmunitario y el sistema nervioso central.

El estrés psicosocial puede activar la producción de citoquinas pro-inflamatorias, tales como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ) y la interleucina-1 (IL-1), y disminuir los niveles de citoquinas anti-inflamatorias, tales como la interleucina-10 (IL-10). Esto se ha demostrado en relación con el estrés agudo o crónico, tanto en animales como en humanos. Las citoquinas pro-inflamatorias causan depresión y ansiedad, lo cual puede explicar por qué los influjos psicosociales y los traumas agudos pueden desencadenar trastornos del estado de ánimo en personas vulnerables, por ejemplo, las que tienen polimorfismos de genes inmunes, bajos niveles de peptidasas o una mayor carga inflamatoria.

La evidencia de los modelos animales ha sugerido durante mucho tiempo que la exposición temprana a un trauma en la infancia puede aumentar el riesgo de un mal funcionamiento futuro de los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino. Estos hallazgos han sido corroborados posteriormente en humanos. Los estudios que exploran la influencia del estrés en otras enfermedades inflamatorias, tales como el síndrome metabólico y las

enfermedades cardiovasculares, han demostrado consistentemente tendencias similares. Todos estos resultados sugieren que el estrés que se produce en edades tempranas puede ejercer efectos persistentes durante largos períodos de tiempo, provocando un aumento de la susceptibilidad a desarrollar enfermedades somáticas y psiquiátricas, y una potencial baja respuesta a los tratamientos. No obstante, este modelo no explica completamente la vulnerabilidad a padecer enfermedades inflamatorias, sino que el empleo en la edad adulta de las respuestas aprendidas de mala adaptación al estrés parece jugar un papel fundamental. Por ejemplo, hay pruebas de que la personalidad y la forma en que una persona responde a los estresores psicosociales, tales como la tensión laboral o el estrés ante un examen, pueden contribuir a desarrollar procesos inflamatorios.

Comprender y modificar los factores de riesgo relacionados con el estrés y el estilo de vida supone un paso importante en la prevención de las enfermedades inflamatorias, tales como la depresión.

#### - **Dieta**

En todo el mundo, desde las últimas décadas del siglo XX, se han venido produciendo importantes cambios en los hábitos alimentarios. Los patrones dietéticos saludables, abundantes en fibra, alimentos ricos en nutrientes y ácidos grasos omega-3, han sido sustituidos por dietas altas en grasas saturadas y azúcares refinados.

Diversos componentes de la dieta pueden influir negativamente sobre el funcionamiento del sistema inmunitario y aumentar los niveles de inflamación sistémica, lo cual predispone al desarrollo de la depresión. Numerosos estudios realizados desde 2009 demuestran asociaciones inversas entre la calidad de la dieta y los trastornos mentales como la ansiedad y la depresión, tanto en adultos como en niños y adolescentes de todas las culturas.

Un patrón poco saludable ("occidental"), caracterizado por una elevada carga glucémica, rico en carbohidratos refinados y azúcares añadidos, carnes rojas y procesadas, y otros alimentos muy elaborados, se asocia con un aumento de los marcadores de inflamación. Una dieta desproporcionadamente alta en ácidos grasos omega-6 (comúnmente utilizados en

los alimentos procesados), aumenta la producción de citoquinas pro-inflamatorias. Los ácidos grasos “trans” inducen inflamación de manera similar.

Por el contrario, se ha comprobado que un patrón de dieta saludable (como la dieta mediterránea), caracterizado por un mayor consumo de pescado, legumbres, frutas, verduras y granos enteros, se asocia con concentraciones plasmáticas reducidas de marcadores inflamatorios. La fibra contenida en alimentos de grano entero parece tener funciones de modulación inmune y protege contra el estrés oxidativo, que es una consecuencia de la inflamación y una característica de la enfermedad depresiva. Los ácidos grasos omega-3, que son componentes importantes de muchos alimentos saludables, tales como los mariscos, verduras de hoja verde, legumbres y nueces, actúan reduciendo la inflamación. El consumo de magnesio está inversamente relacionado con los niveles séricos de proteína C reactiva (PCR), que es un importante marcador de inflamación a nivel general.

La carencia de ciertos nutrientes también está asociada con el desarrollo de depresión, como la disminución del contenido de licopeno en los alimentos y de la disponibilidad de selenio en las aguas subterráneas.

#### - **Permeabilidad intestinal e intolerancia alimentaria**

Existe un número creciente de evidencias acerca del papel que puede desempeñar el tracto gastrointestinal en el desarrollo de la depresión.

Consiste en una disfunción de la barrera intestinal, es uno de los factores que provocan inflamación sistémica y niveles elevados de citoquinas pro-inflamatorias. Estos hallazgos han sido documentados en pacientes con depresión.

El papel principal de la barrera intestinal consiste en regular el paso de los nutrientes y bloquear el paso tanto de los microorganismos como de los antígenos. Cuando la permeabilidad intestinal está aumentada, la barrera intestinal pierde su función protectora y pasan al torrente sanguíneo moléculas que no deberían pasar, tales como ciertas bacterias intestinales, toxinas y nutrientes incompletamente digeridos.

Se ha demostrado que el aumento de la permeabilidad intestinal puede ser provocado por la exposición a bacterias, drogas, al estrés o bien por determinados alimentos, como la gliadina (fracción proteica del gluten). La gliadina provoca un aumento de la permeabilidad intestinal, independientemente de la base genética existente, es decir, tanto en celíacos como en no celíacos.

El paso de nutrientes incompletamente digeridos de la luz intestinal a la sangre conduce a la activación del sistema inmunitario, que puede iniciar la producción de anticuerpos específicos del tipo IgG contra nutrientes. Como consecuencia, se desarrolla hipersensibilidad a ciertos alimentos (que es de tipo retardada e IgG mediada) e inflamación, que se mantiene de forma crónica por el consumo repetido de los alimentos alergénicos. Se ha confirmado el papel de los anticuerpos específicos del tipo IgG en los enfermos celíacos, en los cuales ocurre una reacción retardada contra el gluten.

La naturaleza retrasada de la reacción IgG mediada, en la que los síntomas aparecen horas o incluso días después de la ingesta del alimento, constituye un importante obstáculo para el diagnóstico, puesto que al paciente le resulta imposible identificar la causa de la alergia. Por el contrario, los anticuerpos del tipo IgE son responsables de reacciones alérgicas agudas (alergias IgE mediadas), que aparecen inmediatamente.

Existe actualmente un creciente interés acerca del papel de la microbiota en el mantenimiento del funcionamiento adecuado de la barrera intestinal, el eje cerebro-intestino y los trastornos psiquiátricos. Una flora intestinal equilibrada es un factor importante en la reducción de los niveles de citoquinas pro-inflamatorias y el mantenimiento de la barrera intestinal. Esta es la razón por la cual el sobre crecimiento bacteriano intestinal puede provocar un aumento de la permeabilidad intestinal, lo que permite a los lipopolisacáridos bacterianos penetrar en la sangre. En los pacientes con depresión, se han encontrado niveles significativamente elevados de anticuerpos del tipo IgA e IgM contra los lipopolisacáridos de bacterias Gram negativas. Esta observación es muy importante, ya que los metabolitos de ciertas bacterias penetran en la sangre, además de afectar negativamente al funcionamiento del sistema nervioso central.

## - **Ejercicio**

El comportamiento sedentario se considera un factor de riesgo importante y novedoso para una serie de trastornos de salud, por su relación con el aumento de la inflamación, si bien no se comprende plenamente la fisiología subyacente de la conducta sedentaria. La sarcopenia (pérdida general de masa muscular y fuerza, asociada al envejecimiento o el sedentarismo) está ligada además con un deterioro cognitivo en los ancianos, que parece estar mediado por la inflamación.

Practicar ejercicio de forma habitual ha demostrado ser un tratamiento eficaz para la depresión y los trastornos de ansiedad y protege contra el desarrollo de nuevas enfermedades depresivas. El ejercicio regular reduce la inflamación sistémica a través de la adaptación homeostática y disminuye la leptina, cuyos niveles elevados también están implicados en el desarrollo de la depresión. Estos hallazgos apoyan el papel de la inflamación en la mejora del estado de ánimo inducido por el ejercicio.

Por el contrario, se ha demostrado que la inactividad física durante la infancia se asocia con un mayor riesgo de desarrollar depresión en la edad adulta.

#### - **Obesidad**

Se ha demostrado que la obesidad, la cual constituye actualmente un problema de salud creciente que ya alcanza proporciones epidémicas, puede predisponer al desarrollo de la sintomatología depresiva y la depresión clínica. Asimismo, hay evidencias de que la depresión predispone a la obesidad de una manera bidireccional. Un reciente meta-análisis encontró que la depresión eleva en un 58% las probabilidades de desarrollar obesidad y que la obesidad aumenta en un 55% el riesgo de padecer depresión a largo plazo.

La obesidad es un estado inflamatorio y se relaciona con una amplia serie de enfermedades crónicas. Las citoquinas pro-inflamatorias están involucradas en el metabolismo de la grasa. Se ha demostrado que la obesidad, independientemente de la edad y de otros factores de confusión potenciales, aumenta los niveles de citoquinas inflamatorias (o viceversa) en todos los índices de obesidad, en particular en la obesidad abdominal. Este hecho proporciona una probable explicación de los aumentos observados en enfermedades concomitantes, como la depresión.

## - **Tabaquismo**

Se ha demostrado repetidamente que las tasas de tabaquismo son significativamente más elevadas en los pacientes que padecen depresión, si bien la explicación es compleja. Las tres posibles hipótesis son que fumar provoca el desarrollo de la depresión, que la depresión aumenta los comportamientos que inducen a fumar y que los factores compartidos de vulnerabilidad aumentan el riesgo de ambos. Una importante vía es el efecto que los miles de sustancias químicas presentes en el humo del tabaco tienen sobre el aumento de la inflamación sistémica, la exposición al estrés oxidativo y la respuesta inmune.

## - **Trastornos atópicos**

Los resultados de diversos estudios demuestran que los trastornos atópicos, cuya prevalencia ha ido aumentando de manera constante durante las últimas décadas, se asocian con un aumento del riesgo de padecer depresión clínica y sintomatología depresiva. La atopia es el resultado de una respuesta inflamatoria a la exposición a alérgenos comunes, lo que lleva al desarrollo de síntomas alérgicos, tales como asma, eczema o rinitis.

## - **Enfermedades periodontales**

Las enfermedades periodontales, incluyendo la gingivitis y la periodontitis, constituyen una gran preocupación de salud pública. Está documentado que los pacientes psiquiátricos tienen peor estado de salud oral. Estudios recientes sugieren que la depresión en particular puede estar asociada con la enfermedad periodontal, si bien otros estudios no han encontrado ninguna asociación.

La enfermedad periodontal es una enfermedad inflamatoria, tanto a nivel local como a nivel sistémico, y se asocia con niveles séricos elevados de proteína C reactiva. Además, tiene un significativo valor predictivo de otras enfermedades inflamatorias. No obstante, a pesar de existir ciertas evidencias de que las infecciones periodontales pueden desempeñar un papel en algunas enfermedades neurodegenerativas, actualmente sigue habiendo escasez de pruebas acerca de si la translocación de bacterias periodontales juega un papel en algunos pacientes con depresión clínica.

Como tal, la enfermedad periodontal puede considerarse un marcador de un fallo del sistema inmunitario para luchar contra la inflamación, aumentando el riesgo de depresión a través de sus efectos inflamatorios sistémicos, que pueden potenciar los síntomas de los procesos inflamatorios y oxidativos, y por lo tanto depresivos. Por otra parte, los efectos psicosociales de la falta de higiene oral, tales como vergüenza, soledad o aislamiento, pueden predisponer al desarrollo de depresión.

#### - **Sueño**

La regulación del sueño es un componente esencial para la comprensión de la fisiopatología y el tratamiento de la depresión. Influye en el estado de ánimo y desempeña un papel fundamental en la regulación de diversos sistemas fisiológicos y psicológicos. Las alteraciones del sueño están relacionadas con una serie de consecuencias negativas para la salud, tales como peor calidad de vida, comorbilidad y un mayor riesgo de mortalidad; a menudo persisten más allá del episodio clínico de depresión y aumentan la vulnerabilidad a la recaída. Asimismo, los cambios en el sueño predicen la respuesta al tratamiento de la depresión y muchos tratamientos antidepresivos influyen sobre el sueño. Regular los hábitos de sueño puede constituir un factor de protección frente a los problemas de salud mental.

Los pacientes depresivos padecen frecuentemente trastornos del sueño, con tasas más altas que las de la población general. Se estima que hasta un 80-90% de las personas que sufren una depresión importante también experimentan trastornos del sueño.

Varios estudios prospectivos y epidemiológicos han sugerido que las alteraciones del sueño pueden predisponer a desarrollar posteriormente trastornos del estado de ánimo, que los síntomas del insomnio a menudo aumentan el riesgo de recaída en pacientes previamente diagnosticados con trastorno depresivo mayor y que los períodos de insomnio a menudo preceden a los episodios de manía en pacientes bipolares.

Se ha observado una serie de cambios en el sueño en los pacientes depresivos, si bien ningún marcador del sueño aislado se asocia específicamente con la depresión. Entre ellos, los más fiables incluyen alteraciones en la continuidad (por ejemplo, retraso en la conciliación del sueño y disminución de su eficiencia), inicio más temprano de la fase de

movimientos oculares rápidos del sueño (REM), aumento de la actividad, la densidad y la cantidad de la fase REM, y disminución de la fase de ondas lentas. Algunos de estos marcadores del sueño se han detectado en personas sanas con alto riesgo familiar de depresión y se asocian con el desarrollo posterior de depresión.

Tanto la privación crónica como aguda del sueño producen deficiencias en el funcionamiento del sistema inmunitario, caracterizadas por el aumento de los niveles de citoquinas pro-inflamatorias, tales como la proteína C reactiva, el factor de necrosis tumoral alfa (TFN- $\alpha$ ) y la interleucina-6 (IL-6). Un creciente número de investigaciones sugiere que las restricciones del sueño se asocian con alteraciones neuroendocrinas y neurobiológicas similares a las observadas en los trastornos del estado de ánimo. También se cree que los aumentos en las citoquinas pro-inflamatorias TFN- $\alpha$  e IL-6 provocados por la privación del sueño están relacionados con una reducción de la neurogénesis adulta (nacimiento de nuevas neuronas), comparable con las alteraciones que se encuentran en los pacientes depresivos. Por este motivo, se ha propuesto que la inhibición de la neurogénesis mediante el proceso de interrupción crónica del sueño también puede ser una causa de la depresión. Tanto el tratamiento farmacológico con éxito de la depresión como la mejora del sueño nocturno se asocian con una disminución de los niveles de las citoquinas IL-6.

#### - **Vitamina D**

En la población occidental, la deficiencia de vitamina D, especialmente 25-hidroxitamina D, está muy extendida. Los niveles séricos bajos de vitamina D están vinculados con diversos trastornos de salud, como el cáncer, la osteoporosis y la depresión.

La fisiología de la vitamina D se solapa con la fisiopatología de la depresión. Existen receptores de la vitamina D en áreas clave del cerebro; y la vitamina D juega un papel en los ritmos circadianos y el sueño, afecta a los glucocorticoides e influye en el crecimiento neuronal, la proliferación celular en el cerebro en desarrollo y la embriogénesis.

Respecto a los potenciales efectos antidepresivos de la vitamina D existen resultados contradictorios, con estudios que arrojan resultados positivos y otros, por el contrario, resultados negativos. La vitamina D posee efectos moduladores sobre la inmunidad. Se ha demostrado que la suplementación con vitamina D reduce notablemente los niveles de las citoquinas pro-inflamatorias TNF- $\alpha$  e IL-6 (ambas claramente asociadas con la depresión) y el estrés oxidativo (que está estrechamente vinculado con la inflamación). La vitamina D derivada de una exposición segura al sol puede reducir la inflamación sistémica.

#### - **Otros**

Se ha propuesto la hipótesis de que la alta exposición a los pesticidas (incluyendo envenenamiento) que experimentan los residentes en zonas rurales y los trabajadores agrícolas, constituye un riesgo elevado para el desarrollo de trastornos psiquiátricos, tales como la depresión y conductas suicidas. Sin embargo, los datos epidemiológicos que apoyan esta teoría son muy limitados y no concluyentes.

Existen evidencias de la relación entre la alteración de los ritmos circadianos y el desarrollo de síntomas depresivos. Entre ellos, destacan los cambios de humor diurnos, el patrón de actividad diaria, la concentración alterada y la organización día/noche.

### **2.2.7 Factores de riesgo en depresión**

#### - **Género:**

La mayor prevalencia de depresión es en mujeres a razón de 2:1 para la depresión mayor y unipolar, mientras en caso de depresión bipolar la proporción se iguala.

Según (Ruiz, 2005):

La distimia se presenta con una mayor frecuencia en la mujer que en hombres con una proporción de 2:1 aparentemente estas diferencias se deben a factores culturales. El trastorno breve recurrente tiene una mayor prevalencia en la mujer que en hombres. La desproporción a favor de la mujer con respecto a la depresión emerge a partir de la

adolescencia mientras que en los hombres sería en la etapa prepuberal. Esto probablemente se deba al papel de las hormonas sexuales en la mayor prevalencia de depresión en la mujer, especialmente cuando muchas mujeres refieren cambios de humor con relación a las etapas en las que se producen cambios en las hormonas sexuales como en la menopausia, con el uso de anticonceptivos orales o con la terapia hormonal sustitutiva. Pero lo que sí se ha demostrado es un aumento de la depresión después del parto, especialmente en la mujer que tiene una fuerte carga familiar de historias de depresión. Se pretendió analizar el fenómeno de la emergencia en la adolescencia de la diferencia de género para la depresión. Para ello se midió en niños prepuberales sus niveles de hormonas sexuales, constatando que el incremento de depresión en las niñas con respecto a los niños comienza a manifestarse cuando alcanzan el estudio III de Tanner, por lo tanto se pudo comprobar que el cambio en la morfología corporal es lo más importante que el avance en edad a la hora de predecir el riesgo de depresión, por lo tanto se ha observado que aquellas niñas que maduran a nivel físico más tempranamente experimentan un estrés síquico que el resto de sus compañeras de su misma edad. Este estrés se exagera en aquellas niñas que tienen un grupo de amigas mixto, frente a aquellas que tienen un grupo de amigos de su mismo sexo. Este resultado sugiere una influencia ambiental que potenciaría el efecto de las hormonas sexuales.

La mayoría de estos estudios apuntan a una mayor vulnerabilidad en las mujeres a sufrir trastornos efectivos depresivos en relación a los hombres estando sometidos al mismo nivel de estrés. Desde el punto de vista genéticos se descubrió que los genes de ansiedad y neuroticismo. Y en que las mujeres la depresión se debe a esta asociación entre ansiedad y neuroticismo, por lo tanto, tasas más elevadas de estos genes conlleva a mayor depresión (Pérez, Rodríguez, Dussan & Ayala, 2010)

#### - **Edad**

Según estudios se ha comprobado que la edad media para el inicio de la depresión se sitúa en los principios de la vida adulta en los 24.7 años. Un estudio previa reseña una edad media de inicio de la enfermedad entre 24.8 y los 34.8 años (Rodríguez, 2010)

#### - **Nivel Socioeconómico**

En numerosos estudios se ha comprobado que tanto la pobreza como un nivel socioeconómico bajo van acompañados de mayor prevalencia de depresión, algunos factores determinan que sería una determinada predisposición genética, la que estaría determinando el que los sujetos fracasaran en la posibilidad de alcanzar posiciones sociales más altas. (Lisdabl, Najel, Mac & Tapet, 2013)

### **2.2.8 Acontecimientos traumáticos en la infancia/depresión infantil**

La pérdida durante la infancia ha sido considerada como un factor predisponente para padecer el trastorno depresivo en la edad adulta, por lo que podría triplicar el riesgo de depresión, así como aumentar los episodios padecidos. Pero no está del todo confirmado y más se lo observa como un factor general e inespecífico. (Pérez, Rodríguez, Dussan & Ayala, 2010)

Otro de los factores que determinan la depresión son infantil son la baja estima, la historia de abusos sexuales y físicos de la infancia, o una pobre percepción del rol de la familia. También mediante estudios se pudo determinar que aquellos pacientes neuróticos con alta sensibilidad interpersonal y juicio negativo sobre las relaciones relataban marcado autoritarismo y sobreprotección maternas durante la infancia. (Lisdabl, Najel, Mac & Tapet, 2013)

#### **- Entorno social y familiar.**

Las relaciones parentales tienen un papel importante en el desarrollo de trastornos depresivos. En numerosos estudios retrospectivos se ha manifestado que las personas deprimidas percibían que sus padres habían sido sobreprotectores e intrusivos, y que de alguna manera utilizaban estrategias culpabilizadoras y ansiógenas para ejercer control sobre ella. (Lisdabl, Najel, Mac & Tapet, 2013)

#### **- Acontecimientos vitales**

Estudios indican que los sucesos vitales estresantes tienen capacidad para precipitar tanto episodios maníacos como depresivos, presentando una acción patogénica que estaría limitada desde las primeras semanas hasta los seis meses posteriores. (Rodríguez, 2010)

#### - **Personalidad**

**Según:** (Chinchilla Moreno, 2008) manifiesta:

Los rasgos neuróticos son los que más se relacionan con depresión, determinando en parte su curso y evolución, ya que se ha observado que son aquellos individuos más neuróticos y con mayores niveles de rigidez y obsesividad los que presentan tasas de cronicidad más altas. Estas características se han encontrado más en mujeres que en hombre. Las mujeres presentan mayores puntuaciones que los hombres para deseabilidad social, neuroticismo, extroversión y responsabilidad, mientras que los hombres puntuaron más para apertura de experiencias. Los resultados apuntaron a que las diferencias por género en los factores de personalidad, especialmente el neuroticismo, podrían jugar un papel muy importante actuando como mediadores en la relación entre ser mujer y sufrir depresión.

#### - **Sustancias psicoactivas**

Las manifestaciones mentales de los individuos pueden responder a patrones culturales que influyen en el comportamiento y a factores individuales o genéticos que producen la enfermedad mental o la salud mental. Una de estas manifestaciones corresponde a las conductas adictivas hacia sustancias psicoactivas, o el abuso de sustancias, entendiendo como un patrón desadaptativo de consumo, expresado en consecuencias adversas significativas y un patrón desadaptativo de consumo, expresado en consecuencias adversas significativas y recurrentes que pueden llevar al incumplimiento de obligaciones importantes, al consumo en situaciones de peligro físico, a problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales. (Lanquin, 2012)

Las sustancias psicoactivas, bien sean aceptadas o ilegales, constituyen "sustancias exógenas que afectan el sistema nervioso central, induciendo a respuestas que generalmente son reconocidas subjetivamente como de calma, energía o placer". Los costos de su consumo se miden en cuanto a los efectos adversos para la salud, que se reflejan en los gastos para el tratamiento del abuso y desordenes asociados, así como la morbilidad y mortalidad prematura, y la pérdida de la productividad de la persona, el crimen, la violencia, y los programas de rehabilitación social. (Lanquin, 2012)

### **2.2.9 Causas de la depresión**

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar (Cándido, Schever & Scivoletto, 2012) Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman, sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen (Medina, 2011)

Al parecer hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras 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 está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales. (Gonzales, Jiménez, Ramos & Wagner, 2008)

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista.

Las personas con poca autoestima y que se abrumen fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión.

Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales.

### **2.2.10 La Depresión en la Niñez y Adolescencia**

El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar a ir a la escuela, no querer separarse de los padres o tener miedo a que uno de los padres se muera. El adolescente puede ponerse de mal humor, meterse en problemas en el colegio, comportarse travieso o indisciplinado, estar malhumorado o sentirse incomprendido. Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a la adolescencia, es a veces difícil establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si está verdaderamente padeciendo de depresión. El instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) ha identificado el uso de medicamentos para la depresión en niños como un área importante de investigación (Lisdabl. Najel, Mac & Tapet, 2013). Las Unidades de Investigación en Psicofarmacología Pediátrica conforman una red de siete centros de investigación donde se llevan a cabo estudios clínicos. Estos investigan la eficacia de medicamentos usados para tratar varios trastornos mentales en niños y adolescentes. Entre los medicamentos en estudio, se cuentan algunos antidepresivos que han demostrado ser efectivos en el tratamiento de niños con depresión, cuando el médico los receta y supervisa correctamente. (Rodríguez, 2010)

### **2.2.11 Clasificación**

Los criterios de clasificación diagnósticos pueden recoger con bastante aproximación el espectro de presentación de los síntomas depresivos. La clasificación está detallada en el apartado

#### **- Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante**

El primer episodio de depresión mayor puede ocurrir en cualquier momento y, en algunos casos, en los meses previos a su presencia los pacientes pueden experimentar un conjunto de síntomas, como la ansiedad, fobias, síntomas de depresión mínimos y ataques de pánico. También conocida como depresión mayor, depresión unipolar o depresión clínica, se da en

el paciente que tiene uno o más episodios depresivos mayores. Si el episodio es único, el diagnóstico es “trastorno depresivo mayor de episodio único”, mientras si ha habido más de un episodio, se diagnostica “trastorno depresivo mayor recurrente”. El término “depresión unipolar” se opone al de “depresión bipolar” o trastorno maníaco-depresivo, e indica que el estado de ánimo se mantiene en un solo polo emocional, sin existencia de períodos de manía. Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:

- **Criterio A:** La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:
  - Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días
  - Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales
  - Disminución o aumento del peso o del apetito
  - Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el sueño)
  - Enlentecimiento o agitación psicomotriz
  - Astenia (sensación de debilidad física)
  - Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa
  - Disminución de la capacidad intelectual
  - Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas
- **Criterio B:** No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.
- **Criterio C:** El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.
- **Criterio D:** Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.
- **Criterio E:** No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

- **Trastorno distímico**

Artículo principal: Distimia

Código CIE-10: F34.1 Los criterios para este tipo de trastorno depresivo son:

- **Criterio A:** Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.
- **Criterio B:** Deben aparecer dos o más de estos síntomas:
  - Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación)
  - Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el dormir)
  - Astenia
  - Baja autoestima
  - Pérdida de la capacidad de concentración
  - Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza
- **Criterio C:** Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.
- **Criterio D:** No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. Si antes de la aparición de la distimia se dio un episodio depresivo mayor, éste tendría que haber remitido por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha.
- **Criterio E:** No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un trastorno bipolar.
- **Criterio F:** No hay criterios de esquizofrenia, de trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas (véase adicción).
- **Criterio G:** No hay criterios de enfermedades orgánicas.
- **Criterio H:** Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

- **Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo)**

Por **trastorno adaptativo** o depresión reactiva, se acepta la aparición de síntomas cuando ésta ocurre en respuesta a un acontecimiento vital estresante, y no más allá de los tres meses siguientes a su aparición. Se habla de depresión reactiva cuando el cuadro es más grave de lo esperable o tiene mayor repercusión funcional de la que cabría esperar para ese factor estresante. Debe existir, entonces, un criterio de "desproporción" para su diagnóstico.

- **Trastorno depresivo no especificado**

Se denomina **trastorno depresivo no especificado** a aquella situación en la que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos. Esta situación puede darse cuando existe un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo), en el contexto de un trastorno disfórico premenstrual o en cuadros de trastorno depresivo post-psicótico (residual) en la esquizofrenia.

## Otros tipos

- **Trastorno depresivo asociado a duelo patológico**

En el DSM IV se contempla la situación de duelo como un posible detonador de una reacción depresiva que puede evolucionar hacia un trastorno. El duelo patológico constituye una reacción depresiva crónica a la pérdida de un ser amado que se extiende por más de seis meses. Si bien la reacción depresiva constituye una fase natural del proceso de duelo normal (negación, ira, negociación, depresión y aceptación) en el duelo patológico esta reacción depresiva se convierte en un trastorno debido que lejos de resolverse a través de la aceptación de la pérdida, evoluciona hacia el desarrollo de sintomatología propiamente depresiva.

### 2.2.12 Diagnóstico

El primer paso e imprescindible consiste en realizar una completa evaluación del paciente, con la realización de todas las pruebas necesarias en cada caso, en busca de posibles causas orgánicas, farmacológicas o tóxicas que simulen, provoquen o empeoren un trastorno depresivo (véase Diagnóstico diferencial). En último término, es la entrevista clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico, cuando se cumplen los criterios establecidos más arriba.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, cuán serios son? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio. Quien diagnostique también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y, si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?

Actualmente tienen competencias en este diagnóstico los psiquiatras (licenciados en medicina, especializados en psiquiatría), psicólogos clínicos (licenciado o grado en psicología, especializado en psicología clínica) y en España, según el sistema universitario previo a los grados, también tienen competencias en ello los licenciados en psicología.

Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la Escala de Depresión de Yesavage, la Escala de Depresión de Zung, el Inventario de Depresión de Beck, el Test de Depresión de Goldberg, el Test de Depresión de Hamilton y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). La Encuesta para la Pesquisa de Depresión, mediante Tres Preguntas Orales (EPD-3PO) es un test neuropsicológico ultra breve (1-4 preguntas). Algún estudio ha evaluado incluso la eficacia de dos simples preguntas para un diagnóstico rápido de elevada fiabilidad.

El diagnóstico de los trastornos depresivos continúa siendo clínico debido a la inconsistencia de marcadores biológicos, las escalas o test neuropsicológicos deben ser utilizados como métodos para optimizar la pesquisa o detección y como apoyo o guía en la entrevista clínicas, así como para la evaluación y el seguimiento objetivo de la evolución

clínica de los pacientes<sup>46</sup>. Los test varían según su propósito, su complejidad tanto para el profesional como para el paciente. Estos tipos de instrumentos de detección podrían ser clasificados como **estándares** (15 ítem o más; y/o 4min o más), **cortos** (5-14 ítem o más; y/o 2-4min) y **ultra cortos** (1-4 ítem o más; y/o menos 2min). Los test ultra cortos han demostrado aceptable sensibilidad y especificidad en la detección de los trastornos depresivos. Actualmente el USPSTF (US Preventive Services Task Force) recomienda la detección de la depresión en la población general de adultos, incluidas las mujeres embarazadas y en el posparto. La detección debe implementarse con sistemas adecuados para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y un seguimiento adecuado. Aunque se han propuestos test de una sola pregunta desarrollada por Harvey Max Chochinov y sus colaboradores en 1997, los test ultra breves utilizan las preguntas de Whooley que representan los dos ítems referidos al estado de ánimo y anhedonia del PHQ-9. Para los hispanohablantes ha sido desarrollada la Encuesta para la Pesquisa de Depresión, mediante Tres Preguntas Orales (EPD-3PO), por el Dr. González Cáceres, J.A que incluyó una pregunta para la detección de riesgo de suicidio, y debida a sus propiedades psicométricas han sido recomendados para la identificación de la depresión en pacientes con factores de riesgo como cardiopatías y en los adultos mayores incluidos los afectados por deterioro cognitivo. Además la EPD-3PO cuenta con una aplicación y se encuentra disponible en Google Play Store.

Desde la terapia de conducta el objetivo del diagnóstico está en realizar una evaluación individual, cuyos datos permitirán el diseño individual de tratamiento y controlar dicho proceso. Los cuestionarios no serían usados para comparar distintos sujetos o para comprobar si alcanza una determinada puntuación. Sino que permiten comparar la puntuación antes y después del tratamiento, como una medida de control sobre las variables psicológicas en cuestión.

### **2.2.13 Tratamiento**

En primer lugar, es fundamental identificar y tratar una posible causa orgánica que simule, cause o potencie el cuadro depresivo, con lo que se consigue, en una buena parte de los casos, la completa recuperación del paciente o un considerable alivio de sus síntomas.

Independientemente de que se llegue a un diagnóstico fino del tipo de trastorno depresivo, si la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del paciente, o una disminución de su capacidad funcional en cualquiera de sus esferas (social, laboral, etc.) se considera adecuada la instauración de un tratamiento. El fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como restaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio-laborales y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos.

Los psiquiatras tienen competencias en recetar medicamentos. Los psicólogos (y la persona específicamente formada en ello mediante la especialización sanitaria en psicología clínica) tienen competencias en psicoterapia u otras formas de intervención psicoterapeuta desde la modificación de conducta y terapia de conducta (véase psiquiatría y psicología). En ambos casos, dependiendo del diagnóstico del paciente (según el modelo médico) y de la gravedad de los síntomas (muy especialmente la terapia de conducta).

#### **2.2.14 Farmacológico**

##### **- Antidepresivos**

El tratamiento con antidepresivos es el único que ha demostrado una evidencia significativa de efectividad en depresiones mayores (graves) y en depresiones psicóticas (solos o en combinación con psicoterapia. Recuérdese que "grave" refiere a un diagnóstico clínico, no al uso coloquial del término). Para el resto de depresiones, la psicoterapia se ha mostrado más eficaz que el tratamiento farmacológico.

No se han evidenciado diferencias entre la eficacia de los diferentes tipos de antidepresivos, cuyas principales diferencias estriban más en el tipo de efectos secundarios que pueden provocar. En general, los pacientes presentan mejor tolerancia a los modernos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina que los clásicos antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos.

La decisión de emplear uno u otro se basa en criterios como la buena respuesta a un fármaco determinado en episodios previos o en familiares de primer grado, la tolerancia a los posibles efectos secundarios, las interacciones posibles con el tratamiento habitual del paciente, el precio o la existencia de alguna contraindicación relativa, por la presencia de otra enfermedad.

Hay que tener en cuenta que el efecto antidepresivo tarda unas dos semanas en aparecer, aumentando progresivamente hasta su pico de máxima eficacia en torno a los dos meses. Aún no es conocido del todo porqué tarda este periodo.

Los principales grupos de fármacos antidepresivos son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la enzima monoamino-oxidasa (IMAO), aunque se están incorporando nuevos grupos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (como la venlafaxina), los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (reboxetina) y los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y agonistas parcial del receptor 5HT1A (Vilazodona). En mayor o menor grado, todos ellos pueden presentar algunos efectos secundarios, principalmente sequedad de boca, estreñimiento, mareos, náuseas, insomnio o cefalea, siendo los de las últimas generaciones los mejor tolerados.

El tratamiento con antidepresivos debe mantenerse durante seis a doce meses, para evitar el riesgo de recaídas, aunque el efecto completo puede conseguirse al mes del inicio del tratamiento. Hay que tener en cuenta que la causa más frecuente de respuesta terapéutica débil es un mal cumplimiento del tratamiento indicado (abandonos, olvidos, etc.). Alrededor del 25 por ciento de los pacientes abandonan el tratamiento en el primer mes, un 44 por ciento en el primer trimestre, y un 60 por ciento de los pacientes dentro de los seis meses iniciales.

Recientemente se han publicado resultados que hacen pensar que la fluoxetina (Prozac) no es en realidad un medicamento tan efectivo contra la depresión como se había anunciado y creído (debido a lo que parece haber sido una manipulación comercial de los datos científicos presentados inicialmente).

### **2.2.15 Psicoterapia**

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estos diálogos se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión como causa y consecuencia (mantenedores).

La última revisión sistemática sobre el tema, de Hollon y Ponniah (2010), indica que existen tres psicoterapias que han demostrado ser eficaces y específicas para el tratamiento de la depresión, que son la psicoterapia interpersonal, la psicoterapia cognitiva y la psicoterapia conductual. Otras formas de psicoterapia como la psicoterapia dinámica breve y la focalizada en la emoción, se consideran posiblemente eficaces, aunque necesitan más estudio.

El tratamiento de depresión mediante la psicoterapia asistida por psilocibina está siendo examinado. En 2018 la Food and Drug Administration (FDA) designó como Breakthrough Therapy a esta terapia con psilocibina para depresiones resistentes a los tratamientos.

En los cuadros depresivos severos, para obtener mejores resultados (en especial los que son recurrentes) por lo general se requieren medicamentos, y ocasionalmente se indica terapia electroconvulsiva (TEC) en condiciones especiales, al lado de una psicoterapia, o antes de ella. No obstante, la terapia electroconvulsiva es cada vez menos practicada en el mundo.

### - **Psicoterapia interpersonal**

La psicoterapia interpersonal parte de la idea de que la depresión está provocada por muchas causas pero que se da en un contexto interpersonal, y entender ese contexto es básico para poder recuperarse de la depresión y evitar recaídas futuras.

Este tratamiento se hace en 16 sesiones de 1 hora, que comprenden tres fases. En la primera fase (1ª-3ª), el terapeuta explica en qué consiste la depresión y estudia con el paciente el entorno y el momento en que apareció. En la segunda fase (4ª-12ª), se establece un tema de conversación (o área problema) que está relacionada con el inicio o el mantenimiento de la depresión. Hay 4 temas: la no superación de la muerte de un ser querido (duelo complicado), el conflicto con un ser querido (disputa de rol), el bloqueo para adaptarse a un cambio vital (transición de rol) o la carencia de relaciones con los demás (déficit interpersonal). Durante esta fase se dialoga con el terapeuta para llegar a superar la pérdida del ser querido, resolver el conflicto, adaptarse al cambio o mejorar las relaciones con los demás. En la tercera fase (13ª-16ª), se revisan los logros y se despiden terapeuta y paciente.

### - **Terapia cognitiva**

La terapia cognitiva parte de la idea de que la depresión se produce por una alteración en la forma de pensar, que a su vez afecta a la forma de sentir y de comportarse. El terapeuta ayuda al paciente a analizar los errores que hay en su pensamiento (lo que se llaman distorsiones cognitivas) para que el paciente piense de una forma más realista, que le ayude a sentirse mejor y a tomar decisiones para resolver sus problemas. El terapeuta suele mandar tareas para casa y experimentos para que el paciente ponga a prueba su forma de pensar.

### - **Terapia conductual**

Bajo el término de terapia conductual, se incluyen distintas formas de tratamiento que tienen en común el análisis de la conducta del paciente. Se le ayuda al paciente a programar actividades gratificantes y a organizar su tiempo. También se le ayuda a ser más asertivo y

más sociable, utilizando para ello el juego de rol y ayudándole a exponerse a situaciones sociales que suele evitar por miedos diversos.

- **Psicoterapias psicodinámicas breves**

La psicoterapia psicoanalítica elabora estrategias de afloramiento del yo intrapsíquico, oculto en el inconsciente del paciente, y origen de la sintomatología. El trastorno depresivo se expresaría como resultado de la pugna entre los mecanismos de defensa del paciente y sus impulsos. Las técnicas de psicoterapia psicodinámica breve pretenden investigar y alumbrar esos conflictos para su resolución en la esfera consciente, a través de un número limitado de sesiones.

- **Acompañamiento terapéutico y casas de medio camino**

Una instancia preventiva para la internación, sobre todo para aquellas personas que viven solas o no cuentan con un círculo social y/o familiar de apoyo para su condición, son los acompañamientos terapéuticos y casas de medio camino. A través de estos dispositivos, los pacientes logran estar incorporados a un ambiente limpio, seguro y con un apoyo profesional que puede prevenir la internación psiquiátrica. Por otro lado, sirve de soporte para aquellos que han pasado por una y que aún no están en condiciones de volver a sus hogares. Más allá de este tipo de espacios, que deben ser adecuados, es importante que el paciente reciba un tratamiento interdisciplinario y personalizado.

- **Medidas coadyuvantes**

Diferentes estudios apuntan a que realizar ejercicio físico puede reducir hasta un 50% los síntomas, si se practica al menos tres días a la semana, descenso comparable a la proporcionada por la terapia cognitivo-conductual o los fármacos antidepresivos. Según un estudio del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos puede elevar hasta un 15% la eficacia de los medicamentos, facilitando una respuesta terapéutica más rápida de los antidepresivos en pacientes con trastornos importantes. Tras 16 semanas de tratamiento, el ejercicio acababa siendo tan imprescindible como los propios medicamentos. No obstante la

desmotivación generalizada asociada a la depresión podría dificultar en estas personas la puesta en marcha de programas de ejercicio físico.

#### - **Pronóstico**

La falta de respuesta a los tratamientos antidepresivos se asocia con niveles persistentemente elevados de marcadores inflamatorios y puede explicarse por la existencia de procesos inflamatorios crónicos, la aparición de trastornos autoinmunes o daño crónico por un aumento del estrés oxidativo.

No obstante, la mayoría de las causas conocidas de inflamación, mencionadas en el apartado Etiología (Factores ambientales), pueden ser tratadas y prevenidas. Su identificación abre la posibilidad de influir sobre la neuroprogresión de la depresión.

#### - **Profilaxis**

Evaluar y tratar las fuentes de inflamación provocadas por factores ambientales ayuda a prevenir el riesgo de desarrollar depresión. La mayoría de ellas, aunque no todas, puede desempeñar un papel en otros problemas psiquiátricos, tales como el autismo, la esquizofrenia, la conducta bipolar y el trastorno por estrés postraumático.

### **2.3 Adolescencia**

La adolescencia es la etapa del ciclo vital de los seres humanos en la que converge una compleja integración de procesos psicológicos, biológicos y sociales de las personas y de las condiciones económicas, históricas y socioculturales en las que se desenvuelven. Durante este periodo ocurren, cambios, afectivos y sociales. Los adolescentes comienzan a sentirse independientes, es en la época en la que se intenta hacer un nuevo proyecto de vida. En todas las culturas, la adolescencia significa un momento de cambio, ella ofrece la oportunidad de comenzar a compartir las decisiones de los adultos y, en otro sentido, supone el inicio de una larga etapa de incertidumbre social y personal. Los adolescentes se enfrentan a la superación de retos, sea cual sea el contexto en el que se desenvuelvan.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) postula que la edad de la adolescencia es entre 11 y 19 años, periodo que se divide entre adolescencia temprana (12 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años).

### **2.3.1 Características De La Adolescencia**

#### **Características fisiológicas**

El adolescente va presentar cambios significativos en cuanto al peso, la talla y diámetro torácico, su esqueleto es irregular, corriendo un acelerado crecimiento en la columna vertebral, de la pelvis y de las extremidades en comparación con la caja torácica; en esta etapa de la vida aparecen el desarrollo de los órganos sexuales y la aparición de caracteres sexuales secundarios, en la mujer, la menarquia y en el varón, la eyaculación espontánea; en ambos sexos aparece el vello pubiano y axilar, en las chicas se produce un aumento del tamaño de la cadera y los pechos y a los chicos le aparece el vello facial y la voz grave. Existe un aumento de energía y una sensibilidad a la contaminación con microorganismos patógenos; pueden aparecer desajustes en el sistema nervioso como son distracción, descenso en la productividad del trabajo y desajustes en el sueño; la masa del corazón aumenta dos veces y se adelanta al crecimiento de los espacios interiores de las arterias, venas y vasos sanguíneos, los cuales son estrechos, aumentando así la presión sanguínea, por lo que aparecen palpitaciones, mareos, dolores de cabeza y fatiga.

#### **Características psicológicas**

##### **- Imaginación**

Es productiva, refleja la realidad. Continúan desarrollándose los dos tipos de imaginación la reconstructiva y la creadora. Por ejemplo: en las mujeres, si ven película romántica sueña con encontrarse con ese galán apuesto.

##### **- Memoria**

Se incrementa el desarrollo de la memoria voluntaria, se encamina a interactuarse. Además se desarrolla la memoria racional y la lógica verbal, aumentando el papel selectivo de los procesos de memorización

### - **Percepción**

Este proceso en el adolescente se desarrolla a la primera impresión, la cual puede resultar negativa o positiva. Puede hacer un análisis detallado de un objeto o materia percibida, donde se favorece la observación. La percepción está impregnada de reflexiones, donde el adolescente es capaz de distinguir las interconexiones más significativas y las dependencias de causa y efecto.

### - **Emociones Y Sentimientos**

Existe gran excitabilidad emocional. Sus vivencias emocionales son ricas, variadas, complejas y contradictorias con los adultos y con los coetáneos. Aparecen vivencias relacionadas con la maduración sexual. Sus sentimientos se hacen cada vez más variados y profundos, apareciendo los sentimientos amorosos.

### - **La Motivación**

Los intereses cognoscitivos adquieren un desarrollo considerable, que se transforman en intereses teóricos que le sirven de base para su futura profesión. Su interés o intención profesional están vinculados a las asignaturas preferidas o aquellas profesiones que tienen un reconocimiento social. Es un motivo para el ocupar un lugar en el grupo donde sea aceptado, reconocido y que exista la comunicación con sus compañeros.

### - **Pensamiento**

Se concretiza el pensamiento teórico conceptual – reflexivo (realiza reflexiones basadas en conceptos, elaborando juicios enunciados verbalmente, expone ideas con un carácter lógico. Su pensamiento carece de esencia y originalidad.

### - **Voluntad**

Está condicionada por sus posibilidades cognoscitivas, la experiencia en la comunicación, tiene actitud autocrítica. Son capaces de plantearse un fin y lograrlo a toda costa. Predomina un desarrollo de la valentía, independencia, decisión e iniciativa.

### - **Conciencia Moral**

Su moral no resulta lo suficiente estable. El grupo influye en la formación de la opinión moral y de la valoración que hace el adolescente de ella; se van formando ideales morales que van adquiriendo un carácter generalizado; la opinión del grupo tiene más valor que a los padres y maestros; el interés por el sexo opuesto tiene mucha importancia para él, para el desarrollo de su personalidad, por eso es de mucho valor la profundización en la información sobre los aspectos que tienen que ver con la identidad y la orientación social.

### **Características sociales**

- Hasta esta etapa el ámbito social donde tiene lugar la interacción social de las personas se limita a la familia y el colegio. En la adolescencia, los espacios donde son posibles los intercambios o interacciones sociales se expanden de manera extraordinaria. Al mismo tiempo se debilita mucho la referencia a la familia.
- La emancipación respecto a la familia no se produce por igual en todos los adolescentes, ya que las prácticas de crianza en cada familia son distintas. En cuanto a la relación padre-hijo en la adolescencia, no siempre es mala, sino que depende de tipo de disciplina familiar. Por lo general se da un rechazo hacia los padres autoritarios, y una capacitación de los democráticos y de los permisivos.
- Paralelamente al distanciamiento de la familia el adolescente establece lazos más estrechos con el grupo de compañeros.
- Este grupo pasa por distintas fases, primero está formado por miembros de un solo sexo, posteriormente con miembros de ambos sexos y en la tercera fase se consolidan las relaciones de pareja.
- A pesar de esto el adolescente sigue necesitando manifestaciones de cariño por parte de sus padres, aunque pueda mostrarse huraño y esquivo. Lo que rechaza es una actitud paternalista.

### **2.4 Definición de términos básicos**

**Conocimiento:** Es un conjunto de información almacenada la experiencia y el aprendizaje o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posición de múltiples datos interrelacionados. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial

después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Es decir, el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto.

**Información:** La información está constituida por un grupo de datos ya supervisados y ordenados, que sirven para construir un mensaje basado en un cierto fenómeno o ente. La información permite resolver problemas y tomar decisiones, ya que su aprovechamiento racional es la base del conocimiento.

**Estrategias:** Conjuntos de herramienta que se emplean para alcanzar el propósito de fortalecer el conocimiento del VIH/SIDA y su prevención

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

Este capítulo tiene como finalidad describir el marco metodológico establecido por el investigador para el desarrollo del trabajo de investigación, considerando la formulación del problema y la definición de los objetivos. Se describen los métodos, técnicas empleadas y fuentes con el fin de recolección de datos para la elaboración de la campaña.

#### **3.1 Nivel de la investigación**

“se refiere al grado de profundidad con que se aborda un objeto o fenómeno” (Arias, 1999, p. 19)

- Investigación exploratoria: “es aquella que se efectúa sobre un tema u objeto poco conocido o estudiado, por lo que sus resultados constituyen una visión aproximada de dicho objeto” (Arias, 1999, p. 19)

El presente trabajo de investigación es de tipo exploratoria, ya que persigue plantear una campaña informativa sobre la depresión en adolescente del Liceo Bolivariano Elías Rodríguez y para esto fue necesario asistir hasta la unidad educativa indagar un poco sobre el nivel de conocimiento que tienen los alumnos sobre el tema y así ofrecer una descripción detallada de la realidad que allí viven los alumnos y como aborda el entidad esta problemática existente en los adolescentes.

### **3.2 Diseño de la investigación**

“el diseño de investigación es la estrategia que adopta el investigador para responder al problema planteado” (Arias, 1999, p. 20)

- **Investigación de campo:** la investigación se centra en hacer el estudio donde el fenómeno se da de manera natural, de este modo se busca conseguir la situación lo más real posible. Se pueden incluir experimentos de campo y la investigación ex post facto empleando metodología cualitativa.
- **Investigación documental:** es aquella que se basa en la obtención y análisis de datos provenientes de materiales impresos u otro tipo de documentos. (Arias, 1999, p. 21).

El diseños de esta investigación es de campo y descriptiva ya que tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. El procedimiento consiste en medir en grupos de personas u objetos una o (generalmente) más variables y proporcionar su descripción

### **3.3 Población y muestra**

#### **3.3.1 Población**

En referencia a la población, Díaz, citado por Hernández y otros (2015); la definen como “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (p. 210).

Por tal razón la población estuvo conformada por la totalidad de la matrícula estudiantil de la U.E.B Liceo “Elías Rodríguez”. Para su mejor comprensión, observe el siguiente cuadro:

### **Distribución de la población en alumnos de la U.E.B Liceo “Elías Rodríguez”**

| <b>Unidad Educativa</b>            | <b>Total de alumnos cursantes de la etapa de bachillerato</b> |
|------------------------------------|---|
| <b>U.E.B Liceo Elías Rodríguez</b> | <b>141</b>  |

Fuente: U.E.B Liceo “Elías Rodríguez” Caracas 2019 Tabla N°1

#### **3.3.2 Muestra**

Se resulta complicado abarcar la totalidad de la población seleccionada, es por ello que se toma en cuenta la aplicación de la muestra, tomando en cuenta una parte de la población

En referencia a este aspecto, Díaz (2015), la define como el “subconjunto de la población seleccionada según un esquema de tal manera que las características de la muestra sea representativa de la características de la población” (p.32).

De igual manera se consideró una muestra de 36 alumnos que es el número cursante de 1er año de bachillerato, esto con el propósito de medir el grado de información sobre la depresión, con la cual llegaron a la unidad educativa para así medir que tan necesaria es la aplicación de una campaña informativa sobre dicha enfermedad y su prevención.

### **Distribución de la muestra en los alumnos de la U.E.B Liceo “Elías Rodríguez”**

| Unidad Educativa              | Nro. De alumnos en el salón de 1er año de bachillerato |
|-------------------------------|--|
| U.E.B Liceo “Elías Rodríguez” | 21   |

Fuente: U.E.B “Liceo Elías Rodríguez” Caracas 2019 Tabla N° 2

### 3.4 Tipo de muestreo probabilístico

#### 3.4.1 Muestreo probabilístico

El muestreo probabilístico, también llamado aleatorio, es el proceso de selección en el cual cada uno de los individuos de una población tienen la misma probabilidad (la cual es mayor a 0) de ser seleccionados para formar parte de la muestra. En este tipo de muestreo, la probabilidad de ser seleccionado puede ser determinada con precisión.

#### 3.4.2 Características del muestreo probabilístico

- Se conoce la probabilidad de selección.
- No garantiza la representación para todos los rasgos que se desean estudiar en la investigación.
- Se basa en principios estadísticos.

### 3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para el logro de los objetivos propuestos es fundamental la recolección de datos, lo que hace importante utilizar técnicas e instrumentos apropiados que permitan recabar el máximo de información y así obtener de manera precisa la realidad.

Un instrumento de recolección de datos es en principio cualquier recurso de que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información. De este modo el instrumento sintetiza en sí toda la labor previa de la investigación, resume los aportes del marco teórico al seleccionar datos que corresponden a los indicadores y,

por lo tanto a las variables o conceptos utilizados Pág. 149,150 Carlos Sabino y por técnica vamos a anotar la definición que nos da el diccionario de metodología antes citado.

Conjunto de mecanismos, medios y sistemas de dirigir, recolectar, conservar, reelaborar y transmitir los datos sobre estos conceptos Fernando Castro Márquez indica que las técnicas están referidas a la manera como se van a obtener los datos y los instrumentos son los medios materiales, a través de los cuales se hace posible la obtención y archivo de la información requerida para la investigación.

En este caso particular, se utilizó como técnica el instrumento de la encuesta en modalidad cuestionario.

### **3.5.1 Instrumento**

En referencia a esto, Sabino, C. (2011); señala que “un instrumento de recolección de datos es, en principio, cualquier recurso de que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información” (p.129).

Para facilitar la realización de dicho cuestionario se utilizó la herramienta de cuadro de Operalización de variables.

El cuestionario es un conjunto de preguntas diseñadas para generar los datos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos del proyecto de investigación. El cuestionario permite estandarizar e integrar el proceso de recopilación de datos. Un diseño mal construido e inadecuado conlleva a recoger información incompleta, datos no precisos de esta manera genera información nada confiable. Por esta razón el cuestionario es en definitiva un conjunto de preguntas respecto a una o más variables que se van a medir.

Los tipos de preguntas a utilizar en el cuestionario pueden ser de tipo abierto que son las que le piden a la encuestado contestar con sus propias palabras o de tipo cerrado que son las que le permiten a la persona que elija la respuesta de una lista de opciones y pueden tomar la forma de alternativas dicotómicas, tricotómicas o elección múltiple.

Se utilizó el cuestionario en este trabajo por tu tipo de investigación y por las ventajas del mismo que son: su costo relativamente bajo, su capacidad para proporcionar información

sobre un mayor número de personas en un período bastante breve y la facilidad de obtener, cuantificar, analizar e interpretar los datos.

### **3.6 Cuadro de Operalización de Variables**

El cuadro de Operalización de variables permite presentar las variables en estudio de manera clara, e identificarlas esto afirma descomponer las variables en estudio de acuerdo a los elementos que la forman con el fin de facilitar la recolección de datos y tener precisos los indicadores que permiten establecer las dimensiones de las variables.

### CUADRO DE OPERALIZACION DE VARIABLES

| OBJETIVO ESPECIFICO  | VARIABLE                         | INDICADORES   | ITEMS | INSTRUMENTO  | FUENTE             |
|--|----------------------------------|---|-------|--------------|--------------------|
| 1.- indagar el nivel de conocimiento sobre la depresión en adolescentes del Liceo Bolivariano Elías Rodríguez. | Conocimiento sobre la depresión  | ¿Qué es la depresión?   | 1-2   | Cuestionario | Alumnos de 1er año |
|  |                                  | Causas de la depresión.                                       | 4-5   |              |                    |
|  |                                  | Diagnóstico de la depresión                                   | 3     |              |                    |
|  |                                  | Factores detonantes de la Depresión.                          | 9     |              |                    |
|  |                                  | Consecuencias de La depresión en la vida de los adolescentes. | 3     |              |                    |
| 2.- Identificar el medio por el cual obtienen información sobre la depresión.                                  | Medios de información en colegio | Medios tradicionales. (Cartelera, exposiciones u otros).      | -     | Cuestionario | Alumnos de 1er año |
|  | Medios de información externa    | TV  | -     |              |                    |
|  |                                  | Periódicos  | -     |              |                    |
|  |                                  | Revistas  | -     |              |                    |
|  |                                  | Radio   | -     |              |                    |
| Medios digitales   | -                                |   |       |              |                    |

| <b>OBJETIVO ESPECIFICO</b>  | <b>VARIABLE</b> | <b>INDICADORES</b>  | <b>ITEMS</b> | <b>INSTRUMENTO</b>  | <b>FUENTE</b>             |
|---|-----------------|---------------------|--------------|---------------------|---------------------------|
| <b>3 Conocer variables socioeconómicas y pictográficas</b>  | socioeconómicas | Edad                | -            | <b>Cuestionario</b> | <b>Alumnos de 1er año</b> |
|   |                 | Sexo                | 7            |                     |                           |
|   |                 | Ingreso familiar    | 9            |                     |                           |
|   | Pictográficas   | Salud               | 12           |                     |                           |
|   |                 | Hábitos             | 5-6          |                     |                           |
| <b>4. diseñar una campaña como estrategia para fortalecer el conocimiento sobre la depresión en los adolescentes del Liceo Bolivariano Elías Rodríguez y a su vez este sea aplicado en pro de prevenir esta enfermedad y sus consecuencias.</b> | Estrategias     | Campaña informativa | -            | <b>Cuestionario</b> | <b>Alumnos de 1er año</b> |

**CUESTIONARIO 1 (PARA ALUMNOS DE 1er Año)**

**INTRUCCIONES**

- 1) Identifique el formulario adecuadamente.
- 2) Conteste en forma clara.

1. ¿Conoce usted lo que es la depresión?:

Sí  No

2. Para usted, estar deprimido es sentirse: (puede seleccionar más de una opción)

Satisfecho

Insatisfecho

Feliz  Infeliz

Motivado  Desmotivado

3. Marca con una X las consecuencias que usted considera que pueden causar depresión:

Falta de autoestima

Trastorno del sueño y sensación de cansancio

Falta de interés o placer

Falta de concentración

Todas las anteriores

4. El estrés tiene consecuencias en la depresión:

Verdadero  Falso

5. Una alimentación desbalanceada puede crear depresión:

Verdadero  Falso

6. ¿Practica usted algún deporte o actividad de rendimiento físico?

Sí  No

Especifique: \_\_\_\_\_

7. Usted considera que la depresión tiene un mayor porcentaje en:

Hombres  Mujeres

8. Las personas que no practican ninguna actividad física son más propensas de padecer depresión:

Verdadero  Falso

9. Indique en orden del 1 al 5, siendo 1 el de mayor frecuencia y 5 el de menor frecuencia, con el orden de las causas que usted considera que tiene mayor prevalencia en la depresión:

Tabaquismo

Trastornos atópicos

Sustancias psicoactivas

Entorno familiar

Acontecimientos traumáticos de la infancia

10. Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista:

Verdadero  Falso

11. Existe alguna situación que siempre quieres evitar por temor a que te de tristeza

Sí  No

Explique \_\_\_\_\_

12. ¿Has asistido alguna vez a una consulta psicológica?

Sí  No

En caso de que su respuesta sea si indique el \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

## CAPITULO IV

### RESULTADO DE LA INVESTIGACION

#### 4.1 Presentación y Análisis de Resultados

Para la presentación y análisis de los datos obtenidos se recurrió a la utilización de distribución de frecuencias absolutas y porcentuales, distribuidas en tablas y gráficos ya que permitió organizar los resultados de las encuestas aplicadas a los alumnos de 1er año del liceo “Elías Rodríguez”.

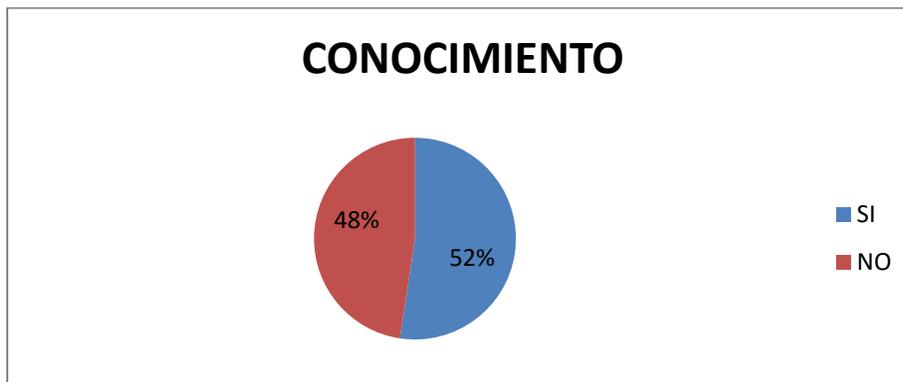
Para efecto del procesamiento de los datos, se utilizó el programa de Excel a través de la tabulación de los resultados obtenidos, para obtener el término porcentual para luego reportar los resultados en cuadros estadísticos y gráficos de frecuencia con respecto a cada una de las preguntas formuladas, para de esta manera poder analizar de forma precisa y adecuada cada una de las interrogantes que se plantearon en el cuestionario aplicado, en base a estos resultados, se clasificó la información obtenida para realizar las recomendaciones y conclusiones, y de esta manera obtener el diseño para la campaña informativa destinadas a fortalecer el conocimiento sobre la Depresión en los adolescentes y jóvenes y así aportar a su prevención.

El análisis e interpretación de los datos se realizó de la siguiente forma, tal como se presenta a continuación

## Cuestionario aplicado para los alumnos de 1er Año del Liceo “Elías Rodríguez”

CUADRO N° 1

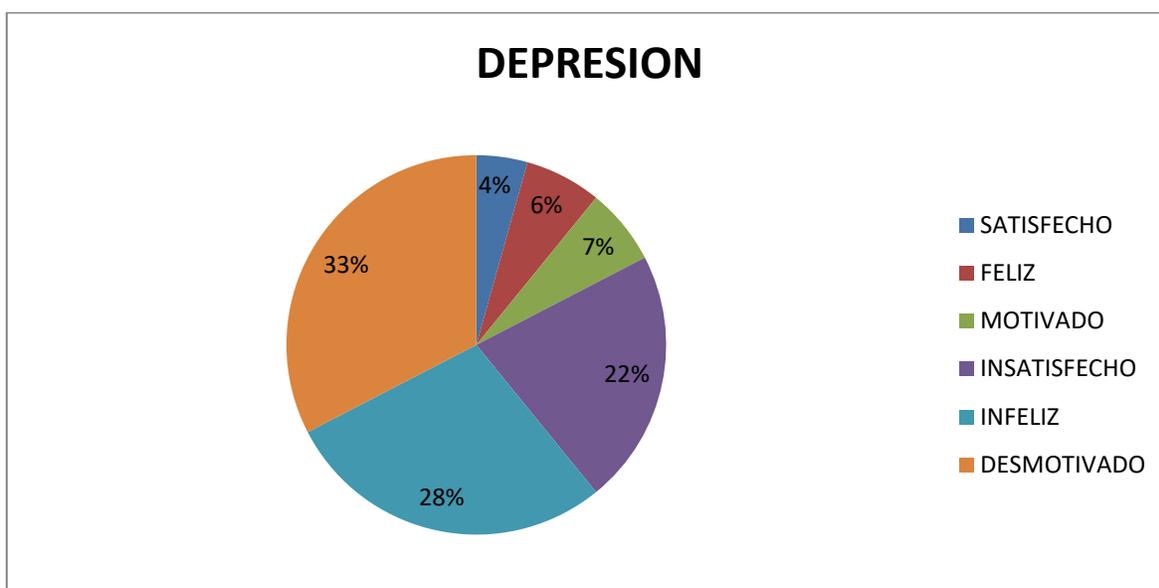
| 1. ¿Conoce usted lo que es la depresión?: |     |      |
|---|-----|------|
|   | F.A | F.R  |
| SI  | 11  | 48%  |
| NO  | 10  | 52%  |
| TOTALES                                   | 21  | 100% |



En relación a los resultados de este primer cuadro y la gráfica, relacionados con la opinión de los alumnos del liceo “Elías Rodríguez”, se obtuvo que 52% de los encuestados afirmó tener un conocimiento acerca del tema de la enfermedad; otro 48% no recuerda haber recibido información sobre la depresión. Lo resultante de estos datos es que si existe una información por lo menos básica de la enfermedad.

**CUADRO N° 2**

| <b>2. Para usted, estar deprimido es sentirse:</b> |            |             |
|--|------------|-------------|
|  | <b>F.A</b> | <b>F.R</b>  |
| <b>SATISFECHO</b>                                  | <b>2</b>   | <b>4%</b>   |
| <b>FELIZ</b>                                       | <b>3</b>   | <b>6%</b>   |
| <b>MOTIVADO</b>                                    | <b>3</b>   | <b>7%</b>   |
| <b>INSATISFECHO</b>                                | <b>10</b>  | <b>22%</b>  |
| <b>INFELIZ</b>                                     | <b>13</b>  | <b>28%</b>  |
| <b>DESMOTIVADO</b>                                 | <b>15</b>  | <b>33%</b>  |
| <b>TOTAL</b>                                       | <b>46</b>  | <b>100%</b> |



En el cuadro y la gráfica N° 2 en relación al entendimiento de las características de sentirse deprimido se observó, que un 4%, respondió que sentirse deprimido es estar satisfecho, un 6% que es estar feliz y otro 7% que estar motivado para una suma de 17% representando la minoría en respuesta erróneas pero que sin embargo dice que es necesario darle orientación a los adolescente sobre la depresión. Por otro lado Un total de 22% afirma que sentirse deprimido es estar insatisfecho, 28% que estar infeliz y otro 33% que estar desmotivado. En base a los resultados obtenidos, es notable que la mayoría de la población encuestada entiende que es estar deprimido sin embargo otra se muestra algo confundida en cuanto a sentirse deprimido.

**CUADRO N° 3**

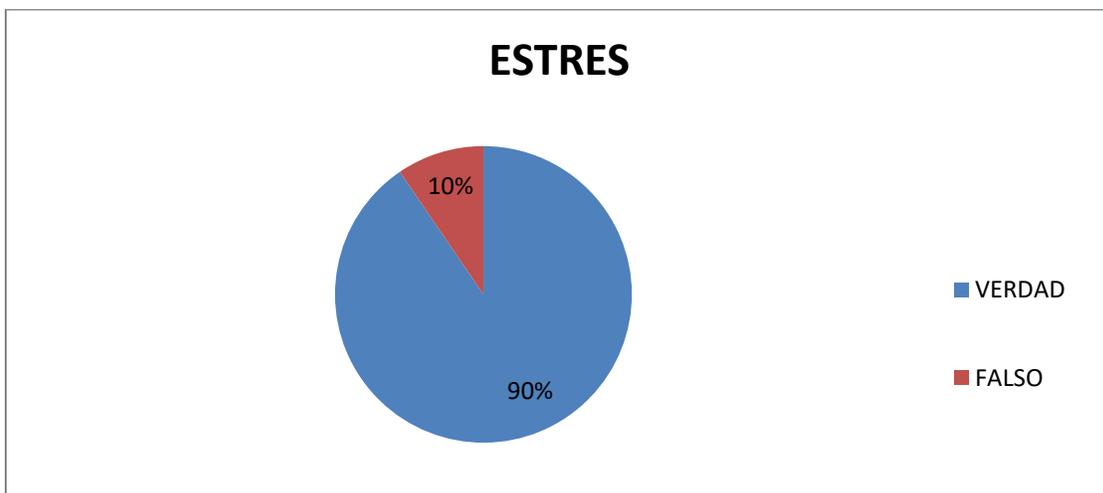
| <b>3. Marca con una X las consecuencias que usted considera que pueden causar depresión:</b> |            |
|--|------------|
|  | <b>F.A</b> |
| <b>FALTA DE AUTOESTIMA</b>   | <b>14</b>  |
| <b>TRASTORNO DEL SUEÑO Y SENSACION DE CANSANCIO</b>  | <b>8</b>   |
| <b>FALTA DE INTERESO PLACER</b>  | <b>9</b>   |
| <b>FALTA DE CONCENTRACION</b>  | <b>13</b>  |
| <b>TODAS LAS ANTERIORES</b>  | <b>10</b>  |
| <b>TOTAL</b>   | <b>54</b>  |



En este cuadro los resultados arrojan que según la perspectiva de los adolescentes del Liceo “Elías Rodríguez” la principal consecuencia que trae la depresión es la falta de autoestima representado por un total de 14 puntos seguido por la falta de concentración con 13 puntos, la opción de todas las anteriores con 10 puntos, falta de interés o placer con 9 puntos y finalmente trastorno del sueño y sensación de descanso con 8 puntos.

**CUADRO N° 4**

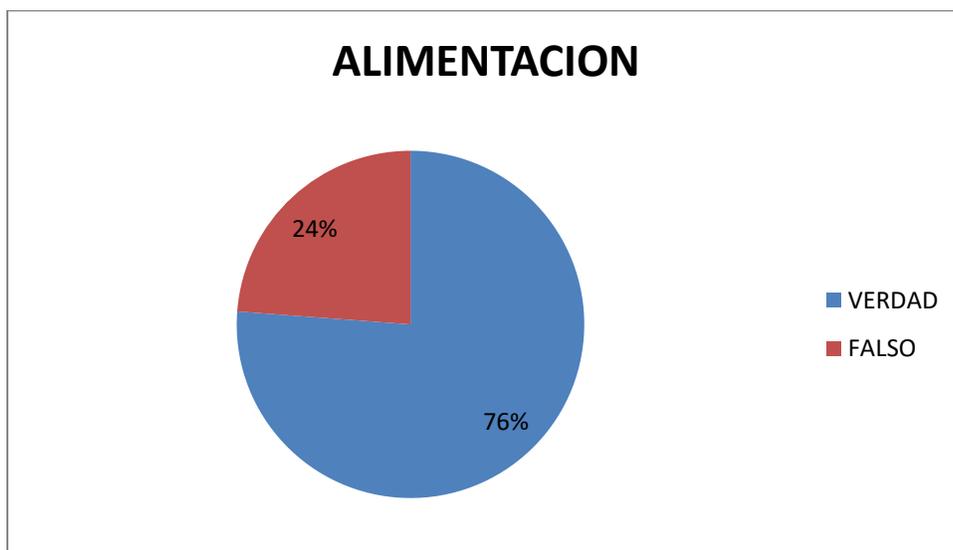
| <b>4. El estrés tiene consecuencias en la depresión:</b> |            |             |
|--|------------|-------------|
|  | <b>F.A</b> | <b>F.R</b>  |
| <b>VERDAD</b>  | <b>19</b>  | <b>90%</b>  |
| <b>FALSO</b>   | <b>2</b>   | <b>10%</b>  |
| <b>TOTAL</b>   | <b>21</b>  | <b>100%</b> |



En base a los resultados obtenidos en el cuadro y la gráfica N° 4, en relación a que si el estrés tiene consecuencia en la depresión, se observó que un total 19 personas, que representan el 90% considera que eso es verdad y un total de 2 personas que representan el otro 10% manifiesta que es falso.

## CUADRO N° 5

| 5. Una alimentación desbalanceada puede crear depresión: |     |      |
|--|-----|------|
|  | F.A | F.R  |
| VERDAD   | 16  | 24%  |
| FALSO  | 5   | 76%  |
| TOTAL  | 21  | 100% |



En este cuadro se presenta la siguiente tendencia: un 76% afirma que es una realidad que una alimentación desbalanceada contribuye a que un adolescente pueda llegar a padecer de depresión y un 24% manifiesta que la alimentación no tiene nada que ver con la depresión.

**CUADRO N° 6**

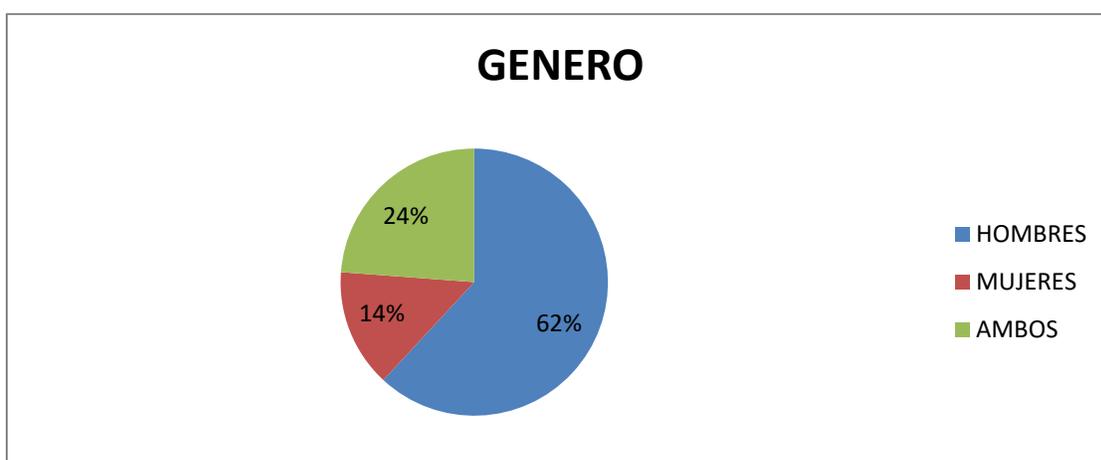
| <b>6. ¿Practica usted algún deporte o actividad de rendimiento físico?</b> |            |             |
|--|------------|-------------|
|  | <b>F.A</b> | <b>F.R</b>  |
| <b>SI</b>  | <b>12</b>  | <b>57%</b>  |
| <b>NO</b>  | <b>9</b>   | <b>43%</b>  |
| <b>TOTAL</b>   | <b>21</b>  | <b>100%</b> |



En esta pregunta se muestra que un 57% de los alumnos encuestados si realiza algún deporte o actividad de rendimiento físico y otro 43% indica no gustarle hacer deportes quedando así expuestos a mucho tiempo ocio, que el cuerpo entre a un estado de reposo propenso a padecer de depresión. Ya que mayormente cuando a los adolescentes no les gusta hacer deporte es porque les gusta pasar mucho tiempo viendo TV, en las redes sociales o con video juegos aislado de la sociedad.

### CUADRO N° 7

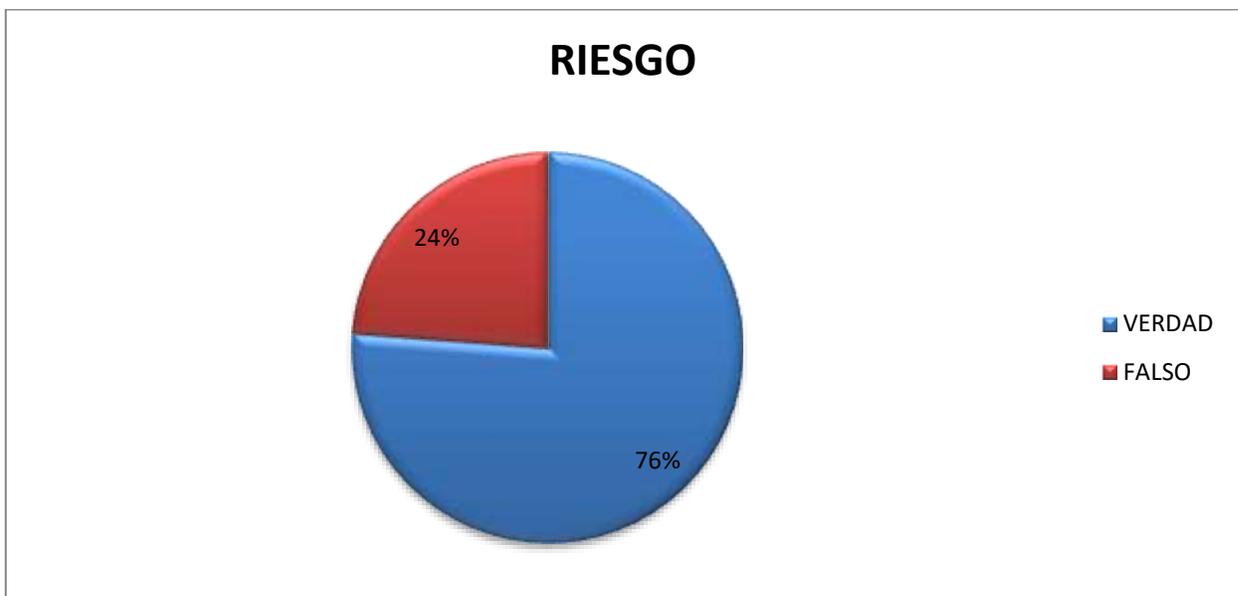
| 7. Usted considera que la depresión tiene un mayor porcentaje en: |     |      |
|---|-----|------|
|   | F.A | F.R  |
| HOMBRES   | 13  | 62%  |
| MUJERES   | 3   | 14%  |
| AMBOS   | 5   | 24%  |
| TOTAL   | 21  | 100% |



En relación a la pregunta N° 7 en cuanto a que genero hombre o mujer tiende a sufrir más de depresión, se observó que de 21 alumnos encuestados, un total de 13 alumnos que representa el 62% manifestó que son hombres pero son las mujeres quienes tienden a padecer más de depresión, 3 respondieron que son las mujeres, que representa un 14% y el 24% restante indica que ambos sexo son bastantes propensos a padecer de depresión.

**CUADRO N° 8**

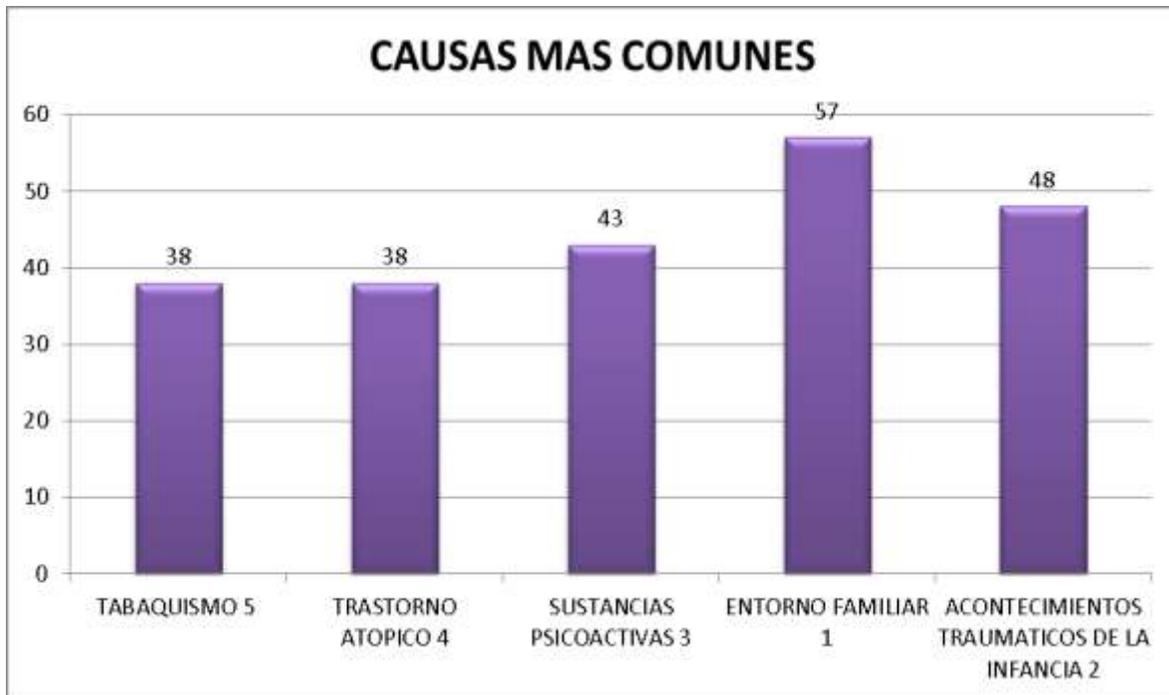
| <b>8. Las personas que no practican ninguna actividad física son más propensas de padecer depresión:</b> |            |             |
|--|------------|-------------|
|  | <b>F.A</b> | <b>F.R</b>  |
| <b>VERDAD</b>  | <b>16</b>  | <b>76%</b>  |
| <b>FALSO</b>   | <b>5</b>   | <b>24%</b>  |
| <b>TOTAL</b>   | <b>21</b>  | <b>100%</b> |



En base a los resultados obtenidos, en relación a la pregunta N° 8 basada en que los adolescentes que no practican ningún deporte corren el riesgo de padecer de depresión, se observó como resultado que un 76% de los encuestados manifestó que es cierto, mientras que el 24% restante sostuvo que es falsa esa información.

**CUADRO N° 9**

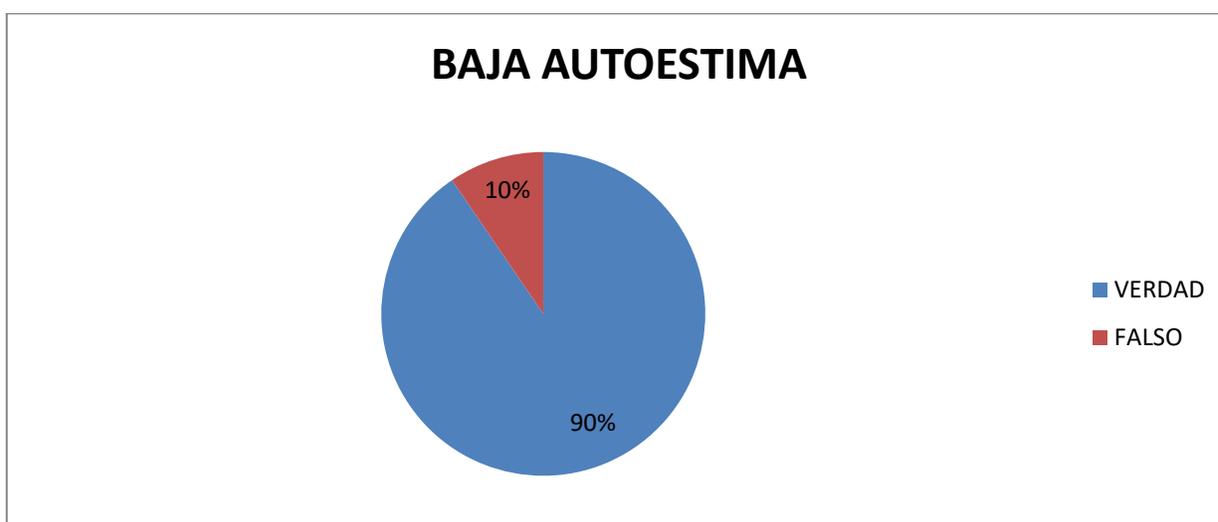
| <b>3. Marca con una X las consecuencias que usted considera que pueden causar depresión:</b> |                   |                              |                   |
|--|-------------------|------------------------------|-------------------|
| <b>ítem que conforman la escala de las posibles consecuencias de la depresión</b>            | <b>puntuación</b> | <b>numero de estudiantes</b> | <b>Porcentaje</b> |
| <b>Tabaquismo</b>  | 1                 | 1                            | 5%                |
|  | 2                 | 5                            | 24%               |
|  | 3                 | 4                            | 19%               |
|  | 4                 | 3                            | 14%               |
|  | 5                 | 8                            | 38%               |
| <b>Trastornos Atópicos</b>   | 1                 | 0                            | 0%                |
|  | 2                 | 1                            | 5%                |
|  | 3                 | 4                            | 19%               |
|  | 4                 | 10                           | 48%               |
|  | 5                 | 6                            | 25%               |
| <b>sustancias Psicoactivas</b>   | 1                 | 0                            | 0%                |
|  | 2                 | 1                            | 5%                |
|  | 3                 | 9                            | 43%               |
|  | 4                 | 7                            | 33%               |
|  | 5                 | 4                            | 19%               |
| <b>entorno Familiar</b>  | 1                 | 12                           | 57%               |
|  | 2                 | 8                            | 38%               |
|  | 3                 | 0                            | 0%                |
|  | 4                 | 0                            | 0%                |
|  | 5                 | 1                            | 5%                |
| <b>acontecimientos Traumáticos de la infancia</b>  | 1                 | 8                            | 38%               |
|  | 2                 | 6                            | 29%               |
|  | 3                 | 4                            | 19%               |
|  | 4                 | 1                            | 5%                |
|  | 5                 | 2                            | 9%                |



Al analizar las causas más comunes para la depresión en la gráfica N°9 se observan las que tuvieron mayor frecuencia. En su orden según opinión de los encuestados, **Entorno familiar** es la primera, puesto que fue la mayormente puntuada con un total de 57 puntos. Otra de las causas de depresión son los **acontecimientos traumáticos de la infancia** siendo la segunda más puntuada con 48 puntos en la escala de importancia en las causas de la depresión, en un tercer lugar están las **sustancias psicoactivas** con 43 puntos, en el cuarto lugar quedo el **trastorno atópico** con 38 puntos al igual que el tabaquismo quedando en el quinto lugar de esta escala.

### CUADRO N° 10

| 10. Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista: |     |      |
|--|-----|------|
|  | F.A | F.R  |
| VERDAD   | 19  | 90%  |
| FALSO  | 2   | 10%  |
| TOTAL  | 21  | 100% |



Este cuadro presenta la siguiente información: un 90% de los alumnos dice que es una realidad que las personas con baja autoestima perciben todo de manera pesimista incluso a ellas misma. Mientras otro 10% manifestó que es falso.

Lo resaltante de este dato es que, a través de este aspecto se conoce el grado de conciencia que poseen los jóvenes en cuanto a esta enfermedad.

**CUADRO N° 11**

| <b>11. Existe alguna situación que siempre quieres evitar por temor a que te de tristeza</b> |            |             |
|--|------------|-------------|
|  | <b>F.A</b> | <b>F.R</b>  |
| <b>SI</b>  | <b>15</b>  | <b>71%</b>  |
| <b>NO</b>  | <b>6</b>   | <b>29%</b>  |
| <b>TOTAL</b>   | <b>21</b>  | <b>100%</b> |



En esta pregunta se observa que la mayoría de los jóvenes tiene temor a ciertas situaciones que pueden ser naturales de la vida pero que sin embargo tratan de evitarlas por temor a pasar algún dolor que los lleve a niveles altos de tristeza por ejemplo el 71% indico que si trata de evitar ciertas situaciones a las cuales le tiene temor y un 29% dijo no estar pensando en esas situaciones que pueden causar tristezas.

**CUADRO N° 12**

| <b>12. ¿Has asistido alguna vez a una consulta psicológica?</b> |            |             |
|---|------------|-------------|
|   | <b>F.A</b> | <b>F.R</b>  |
| <b>SI</b>   | <b>3</b>   | <b>14%</b>  |
| <b>NO</b>   | <b>18</b>  | <b>86%</b>  |
| <b>TOTAL</b>  | <b>21</b>  | <b>100%</b> |



Este último cuadro y grafica muestran los datos obtenidos acerca de la percepción de los alumnos, con relación a las consultas psicológicas. En este sentido, un 86% de los alumnos encuestados manifestó no haber asistido a ninguna consulta psicológica, en su gran mayoría alegando que no estaban locos Y el otro 14% si había asistido a unas de estas consultas algunos con motivo de una perdida física de un ser querido y otros porque se sienten sexualmente confundidos.

Este resultado apoya la necesidad de la campaña informativa acerca de la depresión ya que asistir por lo menos una vez al psicólogo ayuda a tener una buena salud mental y emocional.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 Conclusiones

La familia continúa teniendo un papel predominante como fuente de información y fundamentar valores que influyan sobre las acciones que pueden tener los adolescentes en el transcurso de esa etapa.

Sin embargo es necesario que las instituciones educativas brinden información oportuna ya que ellos cuentan con las herramientas adecuadas y es allí donde los jóvenes pasan gran cantidad de tiempo y viven la mayoría de sus experiencias.

Que se brinde una educación sobre esta enfermedad garantiza preservar la vida de la próxima generación de relevo, ya que haber recibido información acertada sobre la depresión influye directamente en la toma de decisiones de los mismos y tener herramientas a la hora de afrontar situaciones adversas que causen dolor y tristeza.

Los resultados indican que los adolescentes poseen un conocimiento básico sobre la depresión y su prevención pero las estadísticas demuestran que no es suficiente, porque aún siguen teniendo un comportamiento de riesgo frente a la enfermedad y sigue aumentando la cifra de suicidios en los adolescentes a causa de la misma.

En conclusión se puede decir que la investigación cumplió con los objetivos establecidos, la evaluación de los objetivos fue exitosa en términos de los resultados y metas propuestas. Ya que a través de este trabajo se pudo realizar un pequeño aporte, mostrando el panorama de los resultados obtenidos de la realidad vivida de una parte de los adolescentes del Liceo Almirante “Elías Rodríguez”.

#### 5.2 Recomendaciones

De acuerdo con las conclusiones la autora recomienda lo siguiente:

- Incentivar y motivar al personal para que puedan brindar una educación eficiente y oportuna a cerca de esta enfermedad y muchas otras que afectan directamente a la juventud.
- Trabajar por fortalecer los conocimientos en adolescentes sobre la Depresión mediante la implementación de estrategias educativas en casa, en las instituciones de salud, en las instituciones educativas y en la comunidad en general, dirigidos no solo a los adolescentes, también a los padres, líderes sociales, para así enfrentar esta problemática, creando una conciencia de cuidado y prevención.
- Implementar estrategias de índoles tradicionales como exposiciones, trabajos de investigación explicativas y de campo que les permita a los adolescentes observar la realidad que vive una persona que padece de esta enfermedad, folletos, encuestas, etc.
- Recomendar a las instituciones educativas que el personal docente reciba más capacitación sobre el manejo de este tema, como detectar la enfermedad en los alumnos para orientarlos a buscar ayuda oportuna y a cómo tratar con los que la con los que estén padeciendo de depresión.

## FUENTES CONSULTADAS

### Fuentes Impresas

- ✓ Balestrini M. Como se Elabora el Proyecto de Investigación. 6ta Edición. Editorial Consultores Asociados.
- ✓ Diccionario Larousse. Editorial Larousse 2009.

### Fuentes Electrónicas

- ✓ Héctor Luis Ávila Baray (1994) Introducción a la Metodología de la Investigación. Disponible en: <http://www.cyta.com.ar>
- ✓ Definición de estrategia (2004) (Documento en Línea) Disponible: <http://definicion.mx/estrategia>.

## CAPITULO VI

### CAMPAÑA INFORMATIVA SOBRE LA DEPRESION EN EL LICEO ELIAS RODRIGUEZ

#### 1 ¿Cuales temas deben abordar la campaña?

- ¿Qué es la depresión?
- Causas
- Consecuencias
- Síntomas
- Métodos de tratamiento

#### 2 Medios por los cuales se dará la información

- Carteleras: Las carteleras se pueden poner en el colegio en un lugar donde todos puedan verlo tanto los profesores como los estudiantes, en dicha cartelera se pondría: que es la depresión, sus causas, sus consecuencias, sus síntomas y los métodos de tratamiento
- Folletos: Los folletos los entregaría fuera del colegio a los estudiantes y a los profesores o entrando en cada salón haciendo una breve explosión de la depresión y después entregarles los folletos, en los folletos habrá información sobre la depresión
- Focus Group: Esto se trata de hacer dinámicas divertidas e informativas sobre la depresión , tales como estas:

**Dinámica 1:** Se hace una breve exposición de la depresión explicando:

- ¿Qué es la depresión?
- Causas
- Consecuencias
- Síntomas

## **Dinámica 2:** Dinámica grupal

Después de la breve exposición, participaran en la actividad formando grupos de 3 personas, tendrán que:

- Escoger un líder que los represente.
- Definir un nombre para su equipo (el nombre del equipo tendrá que ser referido a la depresión).
- Se les dará una hoja que tendrán que hacer un mapa mental o conceptual explicando lo que entendieron en la breve exposición.
- Tendrán 15 minutos para hacer el mapa mental o conceptual.
- Una vez que se haya terminado los 15 minutos el líder del grupo debe mostrar y explicar el mapa mental o conceptual.

Después de ver los mapas conceptuales o mentales de los líderes la coordinadora escogerá a un equipo ganador por ser el que mejor lo hizo

## **Dinámica 3:** Juego "Las sillas musicales"

Para esta dinámica jugaran todos los equipos, pondré en forma circular las sillas, pondré música, mientras que suene la música los jugadores tendrán que bailar alrededor de las sillas, cuando pare la música se tendrán que sentar en las sillas pero uno se quedara sin silla, la persona que se quede sin silla le hare 2 preguntas de verdadero y falso sobre la depresión que tendrá que responderlas en 3 segundos cada uno. El que gane el juego se llevara un premio.

## **3 Estrategias para la campaña**

- Indagar el nivel de conocimientos.
- Creación de redes sociales.
- Capacitación a los profesores.
- Psicólogo escolar.