



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA 2018

PRESENTADO POR

JORGE LUIS AREVALO VALLES

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

ASESOR

JORGE MEDINA GUTIERREZ

LIMA – PERÚ

2022



CC BY-NC-SA

Reconocimiento – No comercial – Compartir igual

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA 2018**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADO POR
JORGE LUIS AREVALO VALLES**

**ASESOR
MTRO. JORGE MEDINA GUTIERREZ**

**LIMA, PERÚ
2022**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción de la situación problemática	1
1.2. Formulación del problema	2
1.3. Objetivos	2
1.3.1. Objetivo general	2
1.3.2. Objetivos específicos	2
1.4. Justificación	2
1.4.1. Importancia	2
1.4.2. Viabilidad y factibilidad	3
1.5. Limitaciones	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1. Antecedentes	5
2.2. Bases teóricas	13
2.3. Definición de términos básicos	18
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	21
3.1. Formulación de Hipótesis	21
3.2. Variables y su operacionalización	21
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	22
4.1. Diseño metodológico	22
4.2. Diseño muestral	23
4.3. Técnicas de recolección de datos	24
4.4. Procesamiento y análisis de datos	25
4.5. Aspectos éticos	25
CRONOGRAMA	26
PRESUPUESTO	27
FUENTES DE INFORMACIÓN	28
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de dat	

NOMBRE DEL TRABAJO

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DE
PRESION EN ADOLESCENTES HOSPITAL
VÍCTOR LARCO HERRERA 2018**

AUTOR

JORGE LUIS AREVALO VALLES

RECuento DE PALABRAS

9263 Words

RECuento DE CARACTERES

52939 Characters

RECuento DE PÁGINAS

43 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

455.7KB

FECHA DE ENTREGA

Jun 17, 2022 3:00 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 17, 2022 3:03 PM GMT-5

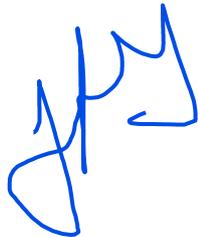
● **13% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado
- Fuentes excluidas manualmente



Mg. Jorge Medina Gutierrez

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Actualmente, 322 millones de personas viven en el mundo con depresión, según datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que además la etiqueta como el más importante contribuyente de discapacidad global ⁽¹⁾La adolescencia se ha señalado como el ciclo de vida en los que los síntomas de depresión suelen aparecer ⁽²⁾. Como consecuencia la etapa adolescente viene a ser de mayor vulnerabilidad a experimentar esta alteración mental, alcanzando en escala global hasta el 5% ⁽³⁾. Se han señalado como posibles explicaciones de la elevada prevalencia de depresión en este grupo de edad a características genéticas con interacción ambiental, en resumen lo psicosocial y biológico interactúan de forma desfavorable, facilitando su ocurrencia ^(4,5).

En estudios sobre depresión en adolescentes peruanos, los informes epidemiológicos reportan una prevalencia para la depresión en el grupo de edad adolescente de 7% ⁽⁶⁾. En nuestro país se cuenta con pocas publicaciones de estudios de factores de riesgo de depresión en adolescentes. En Arequipa, Rivera C et ⁽⁷⁾ al. Reportaron depresión moderada en 10.4% de adolescentes, grave y extrema en 2.9% y 1.5% respectivamente, estando asociadas al sexo, estructura familiar, alcoholismo de padres y problemas económicos.

Otros investigadores lo han asociado con el mal desempeño académico, trastornos en la conducta, consumo de sustancias psicoactivas, castigos injustos, trastornos en el estado nutricional e ideación suicida ⁽⁸⁾.

Se identifican en grupos de adolescentes sobre todo en edad temprana a la insatisfacción corporal como un principal predictor de la ocurrencia de síntomas depresivos ⁽⁹⁾. Charmaraman L et al. ⁽¹⁰⁾ Agrega a esta insatisfacción corporal el abuso de las redes sociales en este grupo de adolescentes tempranos.

Estudiar los factores de riesgo que se asocian con la depresión en los adolescentes será de utilidad en la prevención de consecuencias patológicas depresivas de salud pública en adolescentes, lo que motiva a plantear la siguiente pregunta.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a depresión en adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera 2018?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados a depresión en adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera, 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

Describir los factores sociodemográficos de adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera, 2018.

Describir los factores sociales asociados a depresión en adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera, 2018.

Evaluar las historias clínicas de depresión en adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera, 2018.

Evaluar los niveles de riesgo de depresión en los adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital Víctor Lacro Herrera, 2018.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

El presente estudio es importante para evaluar las historias clínicas de la depresión en adolescentes atendidos en psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera y recomendar los procedimientos de atención en la mejora de la salud de los adolescentes. Así mismo Incrementar los conocimientos científicos relacionados con la patología de la depresión de adolescentes.

El presente estudio no aporta instrumentos o métodos nuevos de estudio, pero sirve de interés al tocar un tema poco estudiado en nuestro país, por lo que puede estimular la realización de más estudios, lo que va a beneficiar al adolescente y el entorno familiar, pues los estudios permitirán que las estrategias de salud de los adolescentes, agudicen en la búsqueda de casos de depresión.

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

El presente proyecto se ha diseñado respetando las normas y conducta ética en investigación. Está dentro de la Ley General de Salud (Ley 26842), que en su título preliminar XV establece que el estado debe promover la investigación, y que en su título 11, Capítulo I, Artículo 25 se exceptúa de la reserva de información relativa al acto médico los casos en los que se utilice con fines académicos o de investigación, siempre que dicha información se consigne en forma anónima. En el estudio a realizarse, la información se obtendrá a través de la revisión de las historias clínicas de pacientes con depresión que asistieron al servicio de psiquiatría del niño y el adolescente del Hospital Víctor Larco Herrera durante el año 2018, para ello se debe contar con el permiso pertinente del jefe de la institución en la que se realizará esta revisión. Se cuenta además con el tiempo y los recursos necesarios para ello.

1.5. Limitaciones

El diseño retrospectivo y la investigación documental, que hace que la información no sea de primera mano, y que quién obtuvo la información no tuviera en cuenta la realización del presente estudio, aporta un sesgo en el estudio, el cual se puede mostrar como su primera limitación. Las limitaciones propias del contexto de espacio y tiempo.

Ante ello el tamaño probabilístico de la muestra y la aleatoriedad en el diseño muestra contribuirá a disminuir el sesgo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Mohan, Gupta y Grover, en 2017, realizaron un estudio transversal de 542 adolescentes escolares seleccionados al azar de 13-18 años de edad en ocho escuelas del norte de la India, en una técnica de muestreo de múltiples etapas. Se realizó un análisis multivariado para identificar los factores asociados a la depresión. Se halló un 40% de los adolescentes tenían trastornos depresivos; un 7.6%, trastornos depresivos mayores y un 32.5%, otros trastornos depresivos. Los factores asociados hallados fue estudiar en una escuela estatal rural, abuso físico de la familia, consumo de alcohol y tabaco de los padres, carencia de ambiente en la escuela, dedicar menos tiempo a los estudios, escasa participación en las actividades culturales, privación de tener enamorado. Este estudio mostró que los adolescentes que asistían a la escuela sufrían de depresión asociada a factores de riesgo tanto en el hogar como en el entorno escolar ⁽¹¹⁾.

Navarro, Moscoso y Calderón, en 2017, ejecutaron la búsqueda en las bases de datos Scielo, Latindex, Redalyc, Scopus, PubMed a través de Google, una revisión de los artículos científicos publicados en revistas peruanas y no peruanas sobre la depresión en adolescentes peruanos. Entre los resultados informaron inconsistencia entre la bibliografía revisada y su reporte, por lo que su sustento bibliográfico no homogeniza los estudios que selecciona, así como tampoco analiza las diferentes muestras e incluso no se encuentra homogeneidad en las pruebas psicométricas utilizadas por los estudios, concluyéndose que los estudios no cumplen con los protocolos y métodos de estudio de los estándares de publicación internacional.

Gonzales, Pineda y Gaxiola, en 2017, desarrollaron un estudio en 113 adolescentes mexicanos buscando evaluar y modelar ecuaciones estructurales, incluyendo como variables características negativas del vecindario y de la escuela, se consideró además la presencia de amigos de riesgo, capacidad de autorregulación y situaciones de la vida que pueden exponer a depresión; como factores asociados y desencadenantes de depresión en adolescentes. No se descuidó en este estudio el papel protector del apoyo social. Los resultados encontraron que las

características negativas del vecindario, los amigos de riesgo son factores de riesgo significativo para la depresión. Se encuentra además que el apoyo social tiene un comportamiento protector significativo ⁽¹²⁾.

Raheel, en 2015, en Arabia Saudita, realizó un estudio transversal en 1028 niñas adolescentes de 15 a 19 años de edad buscando identificar la prevalencia y características asociadas a depresión. Se utilizó un cuestionario estructurado en el que está contenido el test de Beck II para la depresión. La estadística utilizada fue el análisis bivariado. Se encontró una frecuencia de depresión de 30%, y fue significativamente mayor en mujeres, con bajos ingresos familiares e inadecuada interacción social con amigos, compañeros de escuela y familiares. Se destaca aquí el hecho de vivir solo con uno de los padres, presencia de violencia física y psicológica ⁽¹³⁾.

Mandelli, Pretelli y Serrati, en 2015, en un metanálisis publicado en la revista *European Psychiatry*, estudiaron la asociación entre el trauma durante la infancia con la ocurrencia en la adultez de depresión. El metanálisis fue realizado por el software RevMan. Para evaluar la calidad de la presente investigación se utilizó una versión adaptada de la Escala de evaluación de la calidad de New-Ottawa sexual. El abuso emocional mostró la asociación más fuerte con la depresión odds ratio = 2.78, en segundo lugar, la negligencia con odds ratio = 2.75 y el abuso sexual presentó un odds ratio = 2.42. La presencia de violencia doméstica fue también significativa, pero menos fuerte con un odds ratio = 2.06 y el maltrato físico fue significativo aunque en menor intensidad con un odds ratio = 1.98. Sin embargo, en el análisis post hoc, el abuso emocional y la negligencia mostraron las asociaciones más fuertes con la depresión en comparación con otros tipos de trauma infantil. Se concluye que el abuso emocional tubo la mayor fuerza asociación en relación a la ocurrencia de depresión, un segundo lugar fue ocupado por la negligencia, el maltrato de tipo sexual, así como otras formas de violencia doméstica se relacionaron con la depresión. Estos hallazgos respaldan el papel del abandono y el abuso emocional como asociados significativamente a la depresión ⁽¹⁴⁾.

Muñoz, en 2014, en un estudio realizado en 453 adolescentes chilenos, de 13 y 17 años de edad, halló que las madres coercitivas/impositivas tendían a tener hijos que presentaban mayor depresión, como también la percepción del funcionamiento familiar del joven, dado que quienes percibían a sus familias como poco cohesionadas tendían a presentar mayor depresión. Entre las variables personales, se encontró a la condición de tener autoestima baja así mala autoeficacia personal estuvieron asociadas a la depresión de los adolescentes. Algunas variables familiares como la socialización con las madres y la presencia de madres impositivas estuvieron fuertemente asociadas con la depresión en los adolescentes (15).

Shin, Cho, Shin & Soon, en 2013, hicieron un trabajo, que tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo emocionales y conductuales infantiles relacionados con los síntomas depresivos en adolescentes coreanos a través de un estudio longitudinal. El análisis de regresión múltiple reveló que los problemas de atención infantil predijeron los síntomas depresivos durante la adolescencia tanto para niños como para niñas. Mientras que, para los niños, la estructura familiar también predijo los síntomas depresivos de los adolescentes. Este estudio sugiere que los adolescentes con problemas de atención y de estructura familiar, durante la infancia, son más propensos a experimentar síntomas depresivos (16).

Vargas, Tovar y Valverde, en 2010, llevaron a cabo un estudio buscando evaluar la frecuencia y los factores relacionados a la depresión durante la etapa adolescente en tres ciudades de la sierra de Perú. Para lo cual se realizó un muestreo aleatorio y trietápico. Fueron utilizados cuestionarios estructurados que recopilaron variables de naturaleza sociodemográfica, de salud mental y aspectos de las relaciones al interior de las familias. El método de análisis utilizado fue la regresión logística múltiple. La depresión en adolescentes se presentó en 5.7%. Entre las variables asociadas a depresión se tienen el sexo femenino con odds ratio de 2.7 ($p < 0.05$), al antecedente de haber tenido enamorado presentó un odds ratio de 2.3 ($p < 0.05$), el síndrome psicótico un odds ratio de 5.3 ($p < 0.05$) y los deseos de morir presentaron un odds ratio de 3.2. Se concluye que la prevalencia de depresión es similar a la de otros países y que las condiciones de ser mujer, antecedente de

haber tenido enamorado, alteraciones psicóticas y deseos de muerte son factores de riesgo asociados de forma significativa con la depresión ⁽⁶⁾.

Jaycox et. al., en 2009, realizaron un estudio en 11 oficinas de atención primaria en Los Ángeles, California y Washington, DC. Se completaron un total de 184 evaluaciones para adolescentes con depresión probable y 184 para adolescentes no deprimidos, al igual que el 90% de entrevistas con padres. Las medidas incluyeron informes de adolescentes sobre el apoyo de pares y padres, medidas de funcionamiento escolar, calificaciones, salud física y días de incapacidad. Los adolescentes con depresión y sus padres informaron más deterioro en todas las áreas, en comparación con los adolescentes sin depresión al inicio del estudio. Hubo un impacto duradero de los síntomas depresivos en la mayoría de las medidas de funcionamiento entre pares, familia y escuela, 6 meses después, pero el control de los problemas emocionales y de comportamiento coexistentes atenuó esta relación para algunas medidas ⁽¹⁷⁾.

Galicia, Sánchez y Robles, en 2009, ejecutaron un estudio de correlación buscando la relación entre el rendimiento escolar y la depresión, para lo cual evaluaron 245 escolares, como instrumentos fueron encontrados los inventarios de depresión de Kovacks y de Zung, otra variable considerada en este estudio fue la dinámica familiar de los adolescentes. Entre los resultados se encontró asociación significativa entre el aprovechamiento escolar y la depresión, pero no se pudo encontrar asociación entre el aprovechamiento escolar y la dinámica familiar. Es importante señalar que en este estudio el promedio general de calificaciones no fue utilizado como indicador de aprovechamiento, sino que se eligieron algunas en particular ⁽¹⁸⁾.

Monasterio, en 2019, realizó un estudio en un colegio escolarizado, público de Lima, siendo su objetivo principal conocer la prevalencia de depresión en adolescentes. Para este estudio fueron evaluados 301 adolescentes, con tamaño de muestra no probabilístico, siendo seleccionados por edad de 13 a 17 años. Como cuestionario se utilizó el Patient Health Questionnaire. Se encontró 72.1% de adolescentes con algún síntoma depresivo. El estudio concluye que la depresión

en el adolescente es un reto que debe ser abordado por el sistema de salud pública, de forma adecuada y oportuna, previniendo la salud mental de los adolescentes ⁽¹⁹⁾.

Pereira, el 2019, desarrolló una investigación con el objetivo de determinar en adolescentes un indicador de ansiedad y depresión. Para lo cual se realizó un diseño de investigación descriptivo, transversal, comparativo, de enfoque cuantitativo, en Brasil y España. Fueron evaluadas variables como: sexo, edad, nivel socioeconómico y comorbilidades de cada país. Se ha detectado en los adolescentes problemas asociados con las emociones, el estrés y la ansiedad, relacionados con el acoso, la violencia, el uso de drogas. se realizó en un muestreo no probabilístico y no aleatorio en 447 alumnos de 13 a 18 años de edad en Recife, Brasil y Salamanca, España. Se utilizaron los instrumentos de evaluación: El Inventario de Depresión Infantil (CDI) por Kovacs (1992); El Inventario de Ansiedad del Estado-Rasgo (STAI) por Spielberger, Gorsuch y Lushene (2002) y un cuestionario socioeconómico basado en el estudio de clase social (Hollingshead y Redlich, 1958). Se pudo encontrar una asociación entre el sexo y el nivel de ansiedad y depresión, siendo las mujeres las que están predispuestas a padecerlos con mayor frecuencia e intensidad. Resultado similar se encontró para la menor edad del adolescente. La variable nivel socioeconómico no presentó asociación significativa con la depresión y ansiedad en ninguno de los países. El análisis multivariado encontró que la comorbilidad y sexo femenino constituyen un binomio importante con asociación significativa para ansiedad y depresión. Además, los resultados no destacaron la variable del país como un factor relevante, aunque Brasil, destaca más prevalencia en el índice de ansiedad y depresión que España ⁽²⁰⁾.

Corea, en 2021, llevó a cabo el presente estudio ante los reportes de que en los últimos años la prevalencia de la depresión se ha incrementado. La finalidad de este estudio de revisión bibliográfica fue determinar la prevalencia de depresión a nivel mundial, así como su impacto. Se relacionó los principales factores predisponentes. Para lo cual se revisaron los motores de búsquedas PubMed, JAMA, Elsevier y Scielo. Fueron consultadas actas de congresos, así como informes técnicos, protocolos y normas técnicas, así como tesis de maestría y

doctorado entre 2000 a 2021. Se concluye que la depresión mantiene alta prevalencia global, afectando a la población en situaciones de subdesarrollo socioeconómico, con sintomatología variable dependiendo diferentes factores de riesgo, generando incapacidad laboral e impactando negativamente la economía mundial ⁽²¹⁾.

Freire, Teixeira, Silva y Matías, en 2014, la depresión es un problema de salud pública importante en adolescentes, lo que hace que identificar e implementar intervenciones efectivas para su tratamiento sea de creciente interés. Buscando debatir desde un aspecto teórico diferentes intervenciones psicológicas sobre la depresión, se desarrolló este estudio de revisión teórica. Abordándose la psicopatología, la disminución de la sintomatología depresiva asociada a nuevos enfoques de psicología positiva, esta intervención gira en el sujeto, siendo importante en niños y adolescentes. A diferencia de técnicas empíricas entre estas se señala la terapia cognitivo conductual, así como la interpersonal, que no están enfocadas en el funcionamiento del grupo de edad adolescente. A diferencia la psicología positiva promueve un equilibrio entre lo negativo y positivo, buscando una mejora en el bienestar, tal y como lo propone la terapia del funcionamiento óptimo, buscando no solo reducir los síntomas sino el bienestar del adolescente y como resultado de ello esperar un mayor mejora en los síntomas depresivos, es decir promover la felicidad en los adolescentes y jóvenes y comprometerlos más en sus vidas es la propuesta actual para la práctica de la psicología clínica ⁽²²⁾.

Clark, Hawkins y Murphy, en 1993, examinaron dos intervenciones de prevención primaria basadas en la escuela para la sintomatología y el trastorno depresivo en adolescentes en estudios separados con muestras de adolescentes de noveno y décimo grado en la escuela secundaria. En el Estudio 1, una intervención educativa de tres sesiones se asoció con una reducción a corto plazo en los casos de puntuación extrema de síntomas depresivos entre los niños, pero no entre las niñas, en comparación con una condición de control asignada al azar. Sin embargo, este efecto no se mantuvo durante un período de seguimiento de 12 semanas. En el Estudio 2, una intervención de entrenamiento de habilidades conductuales de cinco sesiones, no logró demostrar ninguna diferencia en comparación con una condición

de control aleatoria. Ninguna de las dos intervenciones tuvo ningún efecto sobre el conocimiento de la depresión, las actitudes hacia el tratamiento o la búsqueda real de tratamiento. El fracaso de estas intervenciones para producir efectos a largo plazo se discute en el contexto de intervenciones de prevención exitosas para conductas problemáticas no neuróticas. Los autores concluyen que la depresión puede prevenirse mejor con una intervención basada en competencias dirigida a varios trastornos ⁽²³⁾.

Borja, Ruilova, García, Sánchez, Guevara y Morales, en 2019, ejecutaron un estudio de revisión teórica buscando los factores que afectan la depresión en los adolescentes. Al revisar los estudios publicados encuentran que el funcionamiento tanto adaptativo como desadaptativo está influenciado por el marco familiar. Por lo que los estudios reportan relaciones defectuosas entre padres e hijos, frialdad y rechazo, así como el uso de disciplina severa tienen asociación significativa con los inicios de sintomatología depresiva en los adolescentes. Por el contrario algunos estudios señalan que una paternidad de calidez, de aprobación firme y disciplina democrática al interior de la familia tienen un comportamiento protector evidenciándose ínfimas señales depresivas ⁽²⁴⁾.

Hoyos, Lemos y Torres, en 2012, desarrollaron un diseño transversal analítico clásico de tipo casos y controles, con la finalidad de determinar la relación que se presenta entre los factores de riesgo y las variables de protección en la ocurrencia de depresión, en un grupo de adolescentes que radican en Medellín, Colombia. El alcance del método estadístico utilizado fue la regresión logística binomial. Entre los resultados se reportó una media para la edad de 13.8 años y una desviación estándar de 2.2 años, el 56.7% fueron mujeres. La cohesión familiar presentó un odds ratio de 2.4 con un intervalo de confianza 95% de 1.6 a 3.4; la escala social presentó un odds ratio menor a la unidad y fue de 0.66 con un intervalo de confianza de 95% de 0.45 a 0.95; también presentó un odds ratio protector de forma significativa el área académica siendo su valor de 0.53 y su intervalo de confianza 95% de 0.41 a 0.70. El análisis multivariado también encontró asociación significativa para variables como: Grado escolar, escala de relación con el padre y

con la madre y escala de relación con los maestros favoreciendo o desfavoreciendo la depresión ⁽²⁵⁾.

Blanco F, en Managua, Nicaragua el año 2012, buscando evaluar los factores y características de riesgo que se asocian con la depresión, realizó un estudio con un diseño de casos y controles, llegando a evaluar 80 casos y 160 controles. Para este estudio utilizó estadística bivariada, siendo la prueba estadística el chi cuadrado de Pearson para interdependencia de criterios y como estadígrafo de riesgo empleo la razón de productos cruzados. Como resultados reporto que: ser mujer presento un odds ratio de 4.85 ($p < 0.05$), ama de casa 3.93 ($p < 0.05$), desempleado o pensionado 2.43 ($p < 0.05$), hábito nocivo 1.86 ($p < 0.05$), familia disfuncional 11.3 ($p < 0.001$), depresión en la familia 9.43 ($p < 0.01$), personalidad neurótica 18.5 ($p < 0.001$), estrés 6.3 ($p < 0.01$), comorbilidades 6.63 ($p < 0.01$), entre las comorbilidades la irritación intestinal y la dispepsia y la migraña son destacables ⁽²⁶⁾.

Gil, en 2020, afirmó que la depresión es una entidad cosmopolita, presente en los 5 continentes, que afecta a hombres y mujeres y a todas las etapas de vida, afectando en el mundo a más de 300 millones de personas. Se señala que entre las etapas de vida, el grupo adolescente y el de la tercera edad son los más vulnerables. Sin embargo, existen estudios que señalan a un espectro amplio de variables que pueden estar asociados a su ocurrencia, entre los que se señalan la soledad, la presencia de enfermedades crónicas, los problemas financieros entre otras variables. Existen reportes que señalan que la intensidad con la que esta entidad se presenta resulta de interés pues cuando es muy intensa, con frecuencia se reporta la ideación suicida, siendo en este grupo hasta 21 veces más la probabilidad de ocurrir que en la población general. En Europa el segundo decenio del siglo 21 se registraron 60000 suicidios y la depresión severa estuvo asociado al mismo en más de un 50% y a nivel mundial cada año se quitan la vida alrededor de 800 mil personas, situación que la etiqueta como un problema de salud pública ⁽²⁷⁾.

Sánchez F y Sánchez G, en Lima, Perú, el 2017 llevaron a cabo un estudio observacional, transversal y correlacional en 79 estudiantes, siendo la finalidad del

estudio evaluar la asociación que existe entre la variable funcionalidad familiar y la ocurrencia de depresión en escolares. Los instrumentos utilizados fueron: el cuestionario de Zung para la depresión y el Apgar familiar, ambos instrumentos fueron validados y sometidos a pruebas de confiabilidad. La técnica estadística inferencial utilizada fue el método no paramétrico τ de Kendall. Entre los resultados se encontró 17.2% de depresión leve y moderada, 14.4% fue moderada e intensa; en la funcionalidad familiar 12.6% funcionalidad normal, 34.2% disfunción leve, moderada 32.9% y 20.3% de severa. La prueba τ de Kendall fue 4.46 ($p < 0.001$) para depresión total y funcionalidad familiar. Se concluye que la disfunción familiar se asocia de forma significativa con la depresión total ⁽²⁸⁾.

2.2. Bases teóricas

Depresión

El término depresión puede ser rastreado hasta el latín *deprimere*, cuyo significado es ánimo hundido. Depresión tanto en el niño y adulto tienen la misma definición. Aunque según el grupo de edad se pueden encontrar diferencias sutiles, así en los niños están caracterizados por sintomatología de tristeza, irritabilidad y aburrimiento que no van a revertirse con medidas que funcionan con regularidad, la clínica es diferente a las simples variaciones del humor de un niño normal precisamente por estas características de persistencia, intensidad del sufrimiento, limitación de la vida diaria y presencia de otros síntomas. El diagnóstico de episodio depresivo mayor, según el DSMIV-TR (2000), hace necesario de el concurso de cinco de nueve síntomas que lo definen. Los diferentes niveles o intensidad de depresión suele asociarse a situaciones de mucho estrés ⁽²⁹⁾.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) hace necesario el concurso de 4 síntomas de un total de 10, para que el caso pueda ser etiquetado como depresión mayor, situación que tiene sus diferencias con el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Así la CIE-10 está basado su definición en clasificación en las alteraciones afectivas clásicas como son la manía, la depresión y considerando características como la intensidad o nivel, la ocurrencia de señales biológicas o puramente psicóticas y alteraciones en el humor, logra diferenciar tres situaciones: episodio, trastorno y estado ⁽³⁰⁾.

Para Jaeger et al., el trastorno depresivo mayor está caracterizado por la ocurrencia de eventos discretos, los cuales van a durar un mínimo de dos semanas, caracterizada por alteraciones evidentes en el afecto, en la actividad cognitiva y funciones del neurovegetativo, con cese de estas alteraciones entre los episodios. La clínica sintomatológica evidencia: tristeza, irritabilidad, trastornos somáticos y cognitivos con repercusiones en el desempeño normal y adecuado de la persona ⁽³¹⁾.

Epidemiología

La tasa anual de depresión pasó en Estados Unidos de 3.33% en 1991 a 7.06% en 2001. En Canadá la probabilidad de sufrir depresión se multiplicó 6-8 veces en jóvenes adultos entre 1938 y 2007. Los ciudadanos chinos nacidos en 1966 tienen una probabilidad 22.4 veces mayor de sufrir depresión que los que nacieron en 1937, una observación que también se constata en otras regiones geográficas como África. Por tanto, el estilo de vida y los valores contemporáneos inciden en la prevalencia de la depresión y contribuyen a aumentarla ⁽³²⁾.

Factores de riesgo ambiental y familiar

El estudio de factores de vulnerabilidad y riesgo de sufrir depresión se ha centrado en las características genéticas y temperamento del niño, la interacción del niño con el medio y las características del propio medio donde vive. Depresión de los padres y conflictividad familiar Tanto la depresión de los padres como la conflictividad familiar son factores de riesgo de depresión en los hijos y se relacionan entre sí, pues la depresión paterna contribuye a que la relación con el hijo sea problemática. Así, en un estudio longitudinal de diez años, se observa que los niños cuyos padres tienen depresión o que existe conflictividad en el medio familiar sufren más psicopatología. La depresión de los padres tiene un peso, mayor como factor pronóstico de depresión y de ansiedad en los hijos, mientras que la conflictividad familiar se correlaciona en mayor grado con consumo de drogas. Cuando los padres no tienen depresión existe asimismo una menor conflictividad y los niños sufren menor estrés. Por tanto, la interacción familiar y los estilos educativos de la familia se relacionan con la psicopatología de los hijos. La depresión de la madre tiene un papel lesivo particular para los hijos, que sufren con mayor frecuencia trastornos psiquiátricos. La sintomatología depresiva de la madre

afecta de modo diferente a los hijos varones que las hijas, de tal modo, que los efectos negativos persisten cuatro años después en las niñas de 10 años, una circunstancia que puede relacionarse con el hecho de que los síntomas emocionales tienden a aumentar en las mujeres y a descender en los hombres desde la infancia hasta la adolescencia. Los estudios longitudinales señalan una interrelación entre los problemas de interacción madre-hijo, los problemas de conducta del niño, las distorsiones cognitivas y el curso clínico de la depresión ⁽³³⁾.

Maltrato

Los malos cuidados del niño y el maltrato, son factores de riesgo de depresión, abuso de sustancias, trastornos de conducta, trastorno de estrés postraumático e intentos de suicidio. El abuso sexual se correlaciona con un comienzo más precoz de la depresión, menor tasa de respuesta al tratamiento y mayor recurrencia de los episodios depresivos, aunque también pueden estar implicados en estas características otros factores ambientales e individuales ⁽³⁴⁾.

Temperamento

El temperamento tímido y la emotividad del niño es otro factor de riesgo de sufrir depresión en interacción con otras circunstancias ambientales, como estrés de la madre, adversidad familiar y falta de apoyo social. El temperamento tímido y la alta emotividad predicen tanto depresión como ansiedad, mientras que la adversidad familiar predice solo depresión, lo que indica que estos dos trastornos comparten algunos mecanismos etiopatogénicos, pero también tienen otros diferentes y por tanto no son idénticos ⁽¹²⁾.

Cuadro clínico

Los síntomas y manifestaciones de la depresión en niños y adolescentes presentan variaciones asociadas a su edad, a la capacidad cognoscitiva, a la actividad emocional y al desarrollo verbal para manifestar sus emociones, deseos y sentimientos. Estas variaciones ponen en evidencia que a menor edad, como en el caso del niño pequeño resalta la irritabilidad y negatividad para separarse de los padres, es manifiesta algunos cambios en la actividad motora así como la escasa colaboración, trastornos en la concentración, persistencia de estado deprimido e ideación suicida ⁽³⁵⁾.

Curso y pronóstico

Cuando estas entidades aparecen durante la infancia y adolescencia no suelen presentar evolución favorable, siendo una característica la persistencia de los síntomas durante su desarrollo, siendo frecuentes sus recaídas. Se han realizado estudios de seguimiento, los cuales han demostrado que hasta un lapso de 9 años la depresión es persistente en 63%. En los adolescentes los estudios de seguimiento mostraron que hasta en 6 años, la depresión es persistente en el 50% de ellos ⁽³⁶⁾.

Estos episodios o crisis de depresión son comunes tanto en la depresión mayor, así como para los episodios de falta de interés y sensación de vacío. El curso clínico recurrente es característico de la depresión infantil, y suele persistir después de periodos prologados, así existen reportes de que el inicio en la niñez suele repercutir en 60 a 70% en la adultez. Por lo que es claro que aquella que se inicia en la infancia se caracteriza por la severidad de su curso clínico, tendencia a la cronicidad, aparición de comorbilidades y dificultades en la adaptación psicosocial ⁽¹²⁾.

Padecer episodios de depresión incrementa el riesgo de presentar más episodios de depresión y cada vez el periodo entre los episodios se va haciendo más cortos, aquí es donde el medio en el que el sujeto se desarrolla tiene un papel crucial. Es muy probable que los episodios depresivos induzcan cambios neuroquímicos que aumentan la vulnerabilidad del individuo a las adversidades de la vida, disminuyendo su capacidad de respuesta y adaptación al estrés. De este modo, los acontecimientos vitales estresantes, tras los cambios neuroquímicos, adquieren una capacidad desestabilizadora que antes no tenían ⁽³⁷⁾.

Las situaciones de conflicto inducen una mala evolución en los trastornos de ansiedad. Otras circunstancias que favorecen la recurrencia son el antecedente de un trastorno del ánimo en los padres sobre todo si comenzó a una edad temprana, que la recuperación de un episodio no sea completa, el antecedente de abuso sexual y la comorbilidad ⁽³⁸⁾.

La depresión de los padres disminuye la competencia educativa y la sensibilidad hacia los sentimientos y necesidades del niño y los conflictos en el medio familiar incrementan la tristeza y los sentimientos de desesperanza del paciente. El consumo de drogas es un claro factor de mal pronóstico. Los adolescentes deprimidos que consumen drogas tienen un mayor riesgo de suicidio, el rendimiento académico es peor, tienen mayores problemas de adaptación personal, laboral y social, y sufren más episodios de depresión en la juventud y en la vida adulta ^(39,40).

Evaluación y diagnóstico

Para un adecuado diagnóstico de depresión es necesario la confección de una minuciosa y detallada historia clínica del adolescente, donde la información brindada por los padres y maestros resulta de mucho interés. Posteriormente deben ser aplicados criterios diagnósticos de relevancia internacional, con signos y síntomas propios que configuran el síndrome depresivo, debe estar adjuntada patología psiquiátrica pertinente asociada, el desempeño escolar y su adaptación en el entorno de la familia y social. El manejo del criterio diagnóstico correcto y acertado, productos de un buen abordaje son esenciales para brindar un tratamiento adecuado ⁽⁴¹⁾.

La Clasificación de Enfermedades Internacionales (CIE-10) maneja una lista de 10 síntomas y establece cuatro niveles: iniciando en leve, moderado y el nivel grave se divide en dos, cuando no hay síntomas psicóticos y el más severo cuando estos están presentes, sirve como criterio diagnóstico de depresión el concurso de tres síntomas, con una duración de por lo menos dos semanas ⁽⁴²⁾.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, involucra nueve síntomas asociados a depresión, exigiendo la concurrencia de un mínimo de cinco para establecer un diagnóstico de depresión, teniendo estos una persistencia mínima de dos semanas y divide la depresión en: leve, moderado o grave ⁽⁴²⁾.

Tratamiento

Los pilares fundamentales en el tratamiento de la depresión son el uso de fármacos y la psicoterapia. Siendo de ayuda el concurso de la familia y la colaboración de la

institución educativa a la que asiste, la que debe estar en contacto estrecho con la familia ⁽⁴³⁾.

La aplicación de una determinada línea terapéutica es influenciada por la severidad del cuadro diagnosticado, la historia familiar, se reconoce que ambos tratamientos el farmacológico y la psicoterapia son eficaces, sobre todo la combinación de ambos métodos ⁽⁴⁴⁾.

2.3 Definición de términos básicos

Sexo: Caracteres fenotípicos que discriminan a los adolescentes varones de las mujeres ⁽⁴⁵⁾.

Edad: Se denomina así al tiempo que transcurre desde el nacimiento del adolescente hasta el momento del registro de los datos en la historia clínica al momento de ser atendido ^(46,47).

Nivel de instrucción: Nivel más alto de estudios que el adolescente ha obtenido ⁽⁴⁸⁾.

Institución educativa: Escuela dirigida por el estado privado o por una entidad privada ⁽²⁵⁾.

Hábitos nocivos: Conductas que predisponen a daño la salud y la vida de los adolescentes ⁽⁴⁹⁾.

Estado civil de los padres: Condición de los padres de los adolescentes según su registro civil en relación a si tienen o no pareja ⁽⁵⁰⁾.

Violencia intrafamiliar: Presencia de abuso por parte de los familiares del adolescente hacia su persona ⁽⁵¹⁾.

Antecedentes familiares con depresión: Es la situación en la que existe un familiar directo del adolescente con diagnóstico de depresión ⁽⁵²⁾.

Nivel de autoestima: Grado de percepción que tienen los adolescentes sobre sí mismo ⁽⁵³⁾.

Depresión: Es una enfermedad mental cuyo rasgo que lo define es un estado de profunda tristeza, manifiesta por pérdida del ánimo, disminución en la autoestima, se puede evidenciar una baja en el interés por cosas o situaciones que antes le eran de interés y una evidente caída de las funciones psíquicas ⁽⁵⁴⁾.

Factores de riesgo: Es una situación, condición o estado que incrementa la probabilidad de que un sujeto presente un determinado daño o algún problema de salud ⁽⁵⁵⁾.

Factores de riesgo genético: Hace referencia a alteraciones generalmente pequeñas en las hebras de ADN, las cuales no tienen que constituir anormalidad, pero cuando se asocian, tienen alta probabilidad de inducir una determinada enfermedad o predisponer a padecerla ⁽⁵⁶⁾.

Factores de riesgo psicosociales: Es la situación al interior de una determinada institución u organización (grupo humano) donde existen reglas y normas, en las que determinadas condiciones relacionadas con los demás que la integran, generalmente de mayor jerarquía tienen la capacidad de afectar el desarrollo de tareas encomendadas y afectan a la salud del individuo ⁽⁵⁷⁾.

Negligencia de los padres: Hace referencia al descuido en las acciones que normalmente deben tener con su descendencia y como consecuencia se van a presentar repercusiones negativas en ellos ⁽⁵⁸⁾.

Violencia física: Es el contacto físico con una persona, con la finalidad de ocasionar daño por parte del abusador, logrando intimidar a la persona abusada ⁽⁵⁹⁾.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Formulación de hipótesis

Existe una relación significativa entre los factores de riesgo asociados a la depresión en adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera, 2018.

3.2. Variables y su operacionalización

Variables

Variable independiente

Factores de riesgo asociados a depresión

Variable dependiente

Depresión en adolescentes

Variable independiente	Definición conceptual	Tipo por su naturaleza	Dimensión	Sub-Dimensión	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificar	
Factores de riesgo asociados a la depresión	son características asociados a las causas de la depresión	Cualitativo	Factor demográfico	sexo	sexo que diferencia al adolescente	Nomina	Masculino Femenino	Encuesta	
				edad	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento del adolescente hasta el momento del estudio.	intervalo	12 - 14 años 15 - 17 años	Encuesta	
				nivel de instrucción	grado de estudios de el adolescente	Nominal	sin estudios Primaria Secundaria	Encuesta	
				Factores sociales	institución educativa	clase de centro educativo	Nominal	Privado Publico	Encuesta
					estado civil de padres	condición de estado civil de los padres	Nominal	Soltero Casado Separado Viudo	Encuesta
					violencia intrafamiliar	abuso por parte de los familiares del adolescente	Nominal	Sí No	Encuesta
					orientación sexual	Recibe una orientación sexual	Nominal	Sí No	Encuesta
					violencia sexual	el adolescente recibió alguna vez violencia sexual	Nominal	Sí No	Encuesta
					familiares con depresión	padre o madre antecedente depresión	Nominal	Sí No	Encuesta
			Factores clinicos	nivel de autoestima	autoestima valorada del adolescente	Ordinal	Alta Media Baja	Historia clínica	
				temperamento	tendencia del adolescente a reaccionar a una situación	Nominal	Sanguíneo Colérico Flemático Melancólico		

Variable dependiente	Definición conceptual	Tipo por su naturaleza	Dimensión	Sub-Dimensión	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificar
Depresión en el adolescente	trastorno mental caracterizado por sentimiento de tristeza, asociado a alteraciones del comportamiento, del pensamiento.	cualitativo	Síntomas de la depresión	trastornos psíquicos	sentimiento persistente de tristeza, ansiedad	Nominal	Sí	historia clínica
							No	
					sentimiento de desesperanza o pesimismo	Nominal	Sí	
							No	
					sentimiento de irritabilidad, frustración o intranquilidad	Nominal	Sí	
							No	
					sentimiento de culpabilidad, inutilidad o impotencia	Nominal	Sí	
							No	
					dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño	Nominal	Sí	
							No	
					cansancio o falta de energía	Nominal	Sí	
							No	
					cambio grande de apetito, aumento o perdido de peso	Nominal	Sí	
			No					
tratamiento básico de la depresión	Superación de la depresión	realiza ejercicios físicos	Nominal	Sí	historia clínica			
		No						
		Nominal	Sí					

				buen régimen de alimentación		No
				solución de problemas	Nominal	Sí
						No
				se expresa en el círculo de amistades	Nominal	Sí
						No
				identifica y fija el lado positivo	Nominal	Sí
						No

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

En relación al enfoque y uso de instrumentos estructurados, así como de técnicas estadísticas es cuantitativo.

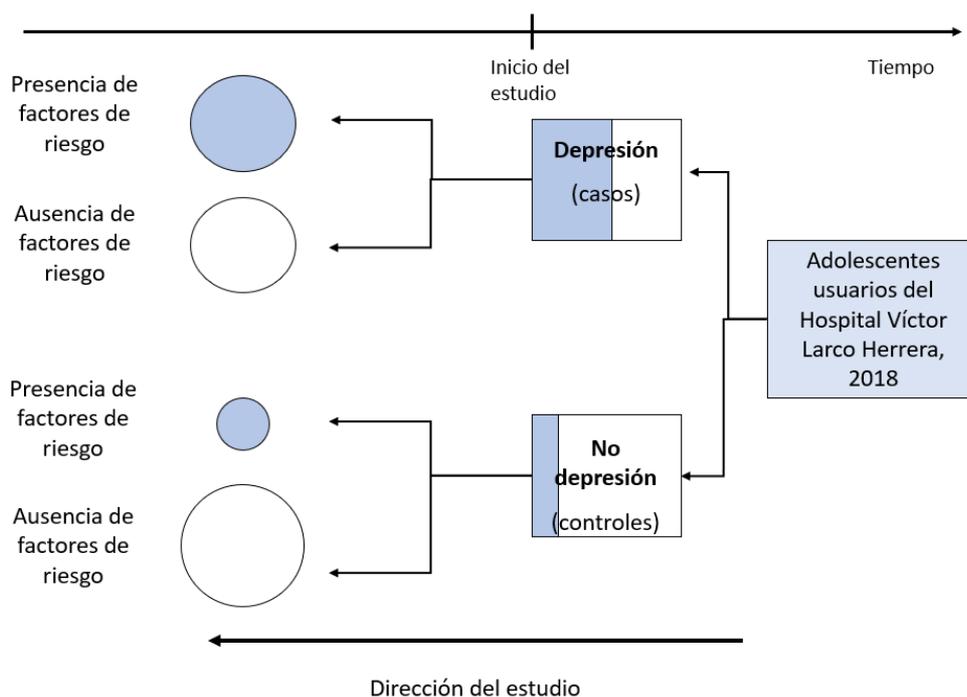
Es observacional, pues no hay manipulación ni control de las variables.

El alcance lo califica como analítico pues determinar una relación entre los factores de riesgo y depresión.

Es transversal, porque las variables se verifican por única vez. Es retrospectivo los datos fueron registrados en historia clínica antes del desarrollo del presente proyecto de investigación.

Su diseño corresponde con un estudio de caso control.

Se analiza la relación de los factores de riesgo con la depresión en adolescentes del servicio de Psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera, durante enero a diciembre de 2018.



4.2. Diseño muestral

Población universo

Adolescentes usuarios del Hospital Víctor Larco Herrera.

Población de estudio

Adolescentes usuarios del Hospital Víctor Larco Herrera durante el año 2018.

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión casos

- Diagnóstico de depresión durante 2018.
- Datos pertinentes y necesarios para el estudio presentes en la historia clínica.

Criterios de inclusión controles

- No diagnóstico de depresión.
- Datos pertinentes y necesarios para el estudio presentes en la historia clínica.

Criterios de exclusión

- Migrante extranjero.
- Presencia de enfermedad terminal.
- Datos contradictorios o incompletos.

Tamaño de la muestra

El tamaño de muestra se determinará por fórmula probabilística para estudios de casos y controles ⁽⁶⁰⁾.

$$n_1 = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{(1 + \Phi) \bar{P}(1 - \bar{P})} + Z_{1-\beta} \sqrt{\Phi P_1(1 - P_1) + P_2(1 - P_2)} \right]^2}{\Phi(P_1 - P_2)^2}$$

Donde:

- $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1.96$ es el valor coeficiente Z para un error tipo I, denominado nivel de confianza de 95%.

- $Z_{1-\beta} = 0.84$ es el valor del coeficiente Z para un error tipo II, denominado poder estadístico del 90%.
- Φ , es el número de controles por cada caso.
- $P_1 = 0.60$: es la prevalencia de violencia intrafamiliar en adolescentes con depresión. Se obtiene del estudio de Gil A ⁽²⁷⁾.
- $P_2 = 0.35$: es la prevalencia de violencia intrafamiliar en adolescentes sin depresión. Se obtiene del estudio de Gil A ⁽²⁷⁾.
- \underline{P} : es la prevalencia promedio y se obtiene de la formula:

$$\underline{P} = \frac{(P_1 + \Phi \times P_2)}{(\Phi + 1)} = 0.433$$

Al remplazar los valores se obtiene 47 casos y 94 controles.

Muestreo

Se propone un muestreo probabilístico aleatorio simple.

4.3 Técnicas de recolección de datos

La técnica de estudio será documental, siendo los datos tomados de las historias clínicas de los adolescentes. El instrumento consiste en una ficha de recolección de datos, la cual recopilará información sobre la ocurrencia o no de depresión, los factores de riesgo en sus dimensiones: factores demográficos (sexo, edad, así como nivel de instrucción), factores sociales (institución educativa, ocurrencia de hábitos nocivos, estado civil de los progenitores, datos sobre ocurrencia de violencia familiar) y factores clínicos (antecedentes familiares de depresión y nivel de autoestima). Este instrumento puede ser consultado en el anexo 4.

4.4. Procesamiento y análisis de datos

Concluida la recopilación de la información los datos serán ingresados en una base de datos previamente diseñada, en el programa estadístico SPSS versión 26, los datos serán sometidos a un control de calidad de registro, quedando lista para los análisis estadísticos pertinentes.

En el análisis de datos se utilizará el descriptivo y el análisis inferencial. En el análisis descriptivo será utilizado en el caso de las variables cualitativas (sexo, nivel de instrucción, institución educativa, hábitos nocivos, estado civil de padres, violencia intrafamiliar, antecedentes familiares con depresión, nivel de autoestima y depresión) serán sometidas a análisis de frecuencias absolutas (n) y relativas (%), mientras las variables edad que presenta escala de razón será sometida al cálculo de medidas de tendencia central y de razón, según la variable siga una distribución normal se utilizará el promedio y la desviación estándar, y si no sigue una distribución normal se utilizará la mediana y el rango intercuartílico.

El análisis inferencial que permite evaluar la asociación entre los factores de riesgo y la ocurrencia de depresión, se utilizará la prueba chi cuadrado de Pearson con una significancia estadística del 0.05. Cuando la significancia sea menor de 0.05 se calculará el estadígrafo de riesgo conocido como odds ratio y su intervalo de confianza al 95%.

Los resultados del análisis descriptivo serán presentados en tablas de frecuencia y el análisis inferencial en tablas de contingencia. Según sea necesario se acompañarán gráficos de barras y sector circular elaboradas por el SPSS versión 26.

4.5. Aspectos éticos

El presente estudio contará con la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Universidad de San Martín de Porres; la naturaleza documental del estudio (trabajo con historias clínicas) hace que no sea necesario el consentimiento del paciente. El presente estudio no recopilará datos de identificación del paciente, estando estos codificados y serán de uso exclusivo por el equipo investigador.

CRONOGRAMA

MESES FASES	2022											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión de la bibliografía	x											
Redacción del marco teórico	x	x	x									
Elaboración del problema				x								
Diseño del instrumento					x							
Recolección de información						x	X					
Procesamiento de información							X					
Análisis de la información							X	x				
Contraste de hipótesis									x			
Conclusiones										x		
Recomendaciones										x		
Informe final											x	X

PRESUPUESTO

Personal	Costos	Costo total
Digitador	200	
Corrector	100	1800
Analista estadístico	500	
Metodólogo	1000	
Servicios		
Impresiones	200	
Empastado	30	
Fotocopias	200	1060
Anillados	5	
Pasajes	5	
Alimentación	620	
Suministros, insumos		
Papel bond A-4 80 g	30	
Papel bulky A-4	20	
Lapiceros	2	
Resaltador	5	155
Lápices	2	
Corrector líquido	5	
Libreta de apuntes	10	
Fólder manila	1	
USB	80	
Equipos		
Laptop core i7	3500	3500
TOTAL		6515

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2021 [citado 2022 jun 4]; Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. LeMoult J, Humphreys KL, Tracy A, Hoffmeister JA, Ip E, Gotlib IH. Meta-analysis: Exposure to Early Life Stress and Risk for Depression in Childhood and Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020;59(7):842-55.
3. Hazell P. Updates in treatment of depression in children and adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 2021;34(6):593-9.
4. Bos MGN, Peters S, van de Kamp FC, Crone EA, Tamnes CK. Emerging depression in adolescence coincides with accelerated frontal cortical thinning. *J Child Psychol Psychiatry* 2018;59(9):994-1002.
5. Kwong ASF, Morris TT, Pearson RM, Timpson NJ, Rice F, Stergiakouli E, et al. Polygenic risk for depression, anxiety and neuroticism are associated with the severity and rate of change in depressive symptoms across adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 2021;62(12):1462-74.
6. Vargas H, Tovar H, Valverde J. Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Rev Peru Epidemiol* [Internet] 2010;14(2). Available from: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v14_n2/pdf/a03v14n2.pdf
7. Rivera C. R, Arias-Gallegos WL, Cahuana-Cuentas M, Rivera C. R, Arias-Gallegos WL, Cahuana-Cuentas M. Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2018;56(2):117-26.
8. Crockett MA, Martínez V, Jiménez-Molina Á. Subthreshold depression in adolescence: Gender differences in prevalence, clinical features, and associated factors. *J Affect Disord* 2020;272:269-76.
9. Carapeto MJ, Domingos R, Veiga G. Is the Effect of Body Dissatisfaction on Depressive Symptoms Dependent on Weight Status? A Study with Early-to-Middle Adolescents. *Eur J Investig Health Psychol Educ* 2020;10(4):1020-34.
10. Charmaraman L, Richer AM, Liu C, Lynch AD, Moreno MA. Early Adolescent Social Media-Related Body Dissatisfaction: Associations with Depressive

- Symptoms, Social Anxiety, Peers, and Celebrities. *J Dev Behav Pediatr JDBP* 2021;42(5):401-7.
11. Singh MM, Gupta M, Grover S. Prevalence & factors associated with depression among schoolgoing adolescents in Chandigarh, north India. *Indian J Med Res* 2017;146(2):205-15.
 12. González-Lugo S, Domínguez A, Romero J. Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Univ Psychol* 2018;17(3):1-11.
 13. Raheel H. Depression and Associated Factors among Adolescent Females in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia, A Cross-sectional Study. *Int J Prev Med* 2015;6:90.
 14. Mandelli L, Petrelli C, Serretti A. The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. *Eur Psychiatry* 2015;30(6):665-80.
 15. Muñoz-Blin MJ. Factores de riesgo familiares y personales que pueden generar depresión en los adolescentes chilenos [Internet]. 2014;Available from:
https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/128240/DPETP_Mu%C3%B1ozBlinMJ_Factoresriesgofamiliares.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 16. Shin KM, Cho SM, Shin YM, Park KS. Early Risk Factors for Depressive Symptoms among Korean Adolescents: A 6-to-8 Year Follow-up Study. *J Korean Med Sci* 2013;28(11):1667-71.
 17. Jaycox LH, Stein BD, Paddock S, Miles JNV, Chandra A, Meredith LS, et al. Impact of teen depression on academic, social, and physical functioning. *Pediatrics* 2009;124(4):e596-605.
 18. Galicia-Moyeda IX, Sánchez-Velasco A, Robles-Ojeda FJ. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *An Psicol* 2009;25(2):227-40.
 19. Monasterio-Ontaneda A. Depresión en adolescentes de una institución educativa pública de Lima Metropolitana [Internet]. 2019;Available from:
<https://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/9b9c5ead-5be3-4149-8cdc-3b7f779bfeb1/content>
 20. Pereira de Melo HM. Ansiedad y depresión en los adolescentes brasileños de enseñanza media: comparación con la población española [Internet]. 2019 [citado 2022 jun 5];Available from: <https://gredos.usal.es/handle/10366/140332>

21. Corea Del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. Rev Méd Hondur 2021;89(1):47-52.
22. Freire T, Correia Teixeira. AM, Silva E, P. Matias G. Intervenciones para depresión en jóvenes: de la reducción de síntomas al bienestar y funcionamiento óptimo. J Behav Health Soc Issues 2015;6(2):9-19.
23. Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber L. Prevención primaria en la escuela de la sintomatología depresiva en adolescentes: resultados de dos estudios. J Adolesc Res 1993;8(2):183-204.
24. Borja CA, Ruilova EC, García DM, Sánchez SA, Guevara KE, Morales AP. Factores que afectan la presencia de depresión en los adolescentes. Rev Polo Conoc 2019;4(31).
25. Hoyos Zuluaga E, Lemos Hoyos M, Torres de Galvis Y. Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. Int J Psychol Res 2012;5(1):109-21.
26. Blanco-Gómez FF. Factores asociados a la depresión en pacientes que acuden a consulta externa de medicina interna en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, entre el 01 de Julio al 30 de Septiembre del año 2011 [Internet]. 2012;Available from: <https://repositorio.unan.edu.ni/7229/1.haslightboxThumbnailVersion/t652.pdf>
27. Gil A. Depresión y suicidio: una prioridad de salud pública [Internet]. En: Depresión y suicidio: Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental. Barcelona: Wecare-u; 2020. página 19-22.Available from: <http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/LibroBlancoDepresionySuicidio2020>
28. Sánchez-Nogueira F, Sánchez-Torres G. Depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas secundaria de menores N° 60027 y N° 6010227. San Juan Bautista 2016 [Internet]. 2017;Available from: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/275>
29. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y, la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS. [Internet]. Available from: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf

30. Smith-Nielsen J, Matthey S, Lange T, Væver MS. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry* 2018;18(1):393.
31. Jaeger J. *Psichiatria res. Trastorno depresivo mayor* [Internet]. 2006; Available from: <https://institute.progress.im/es/content/curso-historia-natural-y-pron%C3%B3stico-0>
32. Organización Panamericana de la Salud. *Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales* [Internet]. 1.a ed. Washington: WHO/MSD/MER/2017.2; 2006. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Vargas Murga H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Rev Medica Hered* 2014;25(2):57-9.
34. Fernández Martínez R, Kokoulina E, Campos Mouriño X, Carballido Araújo E, García Fuertes I, Rey Pousada A, et al. Ecofenotipos en la depresión mayor: el papel del maltrato físico en la infancia. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 2018;38(133):75-97.
35. Charles J, Fazeli M. Depression in children. *Aust Fam Physician* 2017;46(12):901-7.
36. Ezpeleta L, Penelo E, Navarro JB, Osa N de la, Trepát E. Transdiagnostic trajectories of irritability and oppositional, depression and anxiety problems from preschool to early adolescence. *Behav Res Ther* 2020;134:103727.
37. Gloger S, Vöhringer PA, Martínez P, Chacón MV, Cáceres C, Díez de Medina D, et al. The contribution of early adverse stress to complex and severe depression in depressed outpatients. *Depress Anxiety* 2021;38(4):431-8.
38. Hofmann SG, Smits JAJ. The Evolution of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression. *Psychiatr Clin North Am* 2017;40(4):xi-xii.
39. Bassi G, Mancinelli E, Di Riso D, Salcuni S. Parental Stress, Anxiety and Depression Symptoms Associated with Self-Efficacy in Paediatric Type 1 Diabetes: A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health* 2020;18(1):E152.
40. Hammen C. Risk Factors for Depression: An Autobiographical Review. *Annu Rev Clin Psychol* 2018;14:1-28.

41. Ghandour RM, Sherman LJ, Vladutiu CJ, Ali MM, Lynch SE, Bitsko RH, et al. Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children. *J Pediatr* 2019;206:256-267.e3.
42. Barbano AC, van der Mei WF, deRoon-Cassini TA, Grauer E, Lowe SR, Matsuoka YJ, et al. Differentiating PTSD from anxiety and depression: Lessons from the ICD-11 PTSD diagnostic criteria. *Depress Anxiety* 2019;36(6):490-8.
43. Kverno KS, Mangano E. Treatment-Resistant Depression: Approaches to Treatment. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2021;59(9):7-11.
44. Dodd S, Bauer M, Carvalho AF, Eyre H, Fava M, Kasper S, et al. A clinical approach to treatment resistance in depressed patients: What to do when the usual treatments don't work well enough? *World J Biol Psychiatry Off J World Fed Soc Biol Psychiatry* 2021;22(7):483-94.
45. Bewley S, McCartney M, Meads C, Rogers A. Sex, gender, and medical data. *BMJ* 2021;372:n735.
46. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health* 2018;2(3):223-8.
47. Kim Y, Park I, Kang S. Age and gender differences in health risk perception. *Cent Eur J Public Health* 2018;26(1):54-9.
48. Melby JN, Conger RD. Parental behaviors and adolescent academic performance: A longitudinal analysis. *J Res Adolesc* 1996;6(1):113-37.
49. Abduraxmonovna AL. Factors That Make Up Students' Free Time in Developing Immunity Against Harmful Habits. *Eurasian Res Bull* 2022;7(1):66-8.
50. Cañadas-De la Fuente GA, Ortega E, Ramirez-Baena L, De la Fuente-Solana EI, Vargas C, Gómez-Urquiza JL. Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses: A Meta-Analytic Study. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(10):2102.
51. Hegarty K, McKibbin G, Hameed M, Koziol-McLain J, Feder G, Tarzia L, et al. Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis. *PLOS ONE* 2020;15(6):e0234067.
52. van Dijk MT, Murphy E, Posner JE, Talati A, Weissman MM. Association of Multigenerational Family History of Depression With Lifetime Depressive and Other Psychiatric Disorders in Children: Results from the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) Study. *JAMA Psychiatry* 2021;78(7):778-87.

53. Minev M, Petrova B, Mineva K, Petkova M, Strebkova R. Self-esteem in adolescents. *Trakia J Sci* 2018;16(2):114-8.
54. Zwart PL de, Jeronimus BF, Jonge P de. Empirical evidence for definitions of episode, remission, recovery, relapse and recurrence in depression: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;28(5):544-62.
55. González-Garay A, Díaz-García L, Chiharu M, Anzo-Osorio A, García de la Puente S, González-Garay A, et al. Generalidades de los estudios de casos y controles. *Acta Pediátrica México* 2018;39(1):72-80.
56. Abarca Barriga HH, Chávez Pastor M, Trubnykova M, La Serna-Infantes JE, Poterico JA. Factores de riesgo en las enfermedades genéticas. *Acta Médica Peru* 2018;35(1):43-50.
57. Vargas I, Quintero A, Sánchez L. Los riesgos psicosociales como factores determinantes en el proyecto de vida de los estudiantes de la Universidad Abierta y a Distancia UNAD (Colombia). *Rev Espac* 2018;39(40):8.
58. Fuentes BS, Herrera-Mijangos SN, Valencia-Ortíz AI, Martínez AO. Resiliencia: adolescente ante abuso sexual y negligencia familiar. *Rev Psicol Univ Autónoma Estado México* 2021;10(20):132-50.
59. Carvalho AP de, Silva TC da, Valença PA de M, Ferreira Santos C da FB, Colares V, Menezes VA de. [Alcohol consumption and physical violence among adolescents: which is the predictor?]. *Cienc Saude Coletiva* 2017;22(12):4013-20.
60. Bolarinwa OA. Sample size estimation for health and social science researchers: The principles and considerations for different study designs. *Niger Postgrad Med J* 2020;27(2):67-75.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

I. PROBLEMA	II. OBJETIVOS	III. HIPÓTESIS	IV. VARIABLES	V. MÉTODO
<p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a depresión en adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera 2018?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar los factores de riesgo asociados a depresión en adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera, 2018.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Describir los factores sociodemográficos de adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera, 2018.</p> <p>Describir los factores sociales asociados a depresión en adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera, 2018.</p> <p>Evaluar las historias clínicas de depresión en adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera, 2018.</p> <p>Evaluar los niveles de riesgo de depresión en los adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital Víctor Lacro Herrera, 2018.</p>	<p>Hipótesis</p> <p>H₁= Existe relación significativa entre los factores de riesgo asociados a la depresión en adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera, 2018.</p> <p>H₀= No existe relación significativa entre los factores de riesgo asociados a la depresión en adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera, 2018.</p>	<p>Variable independiente</p> <p>Factores de riesgos asociados a la depresión</p> <p>Variable Dependiente</p> <p>Depresión en adolescentes</p>	<p>Tipo de investigación no experimental, de enfoque cualitativo, de diseño correlacional, descriptivo, transversal</p>

2. Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: ___/___/___

ID: _____

1. FACTORES DEMOGRÁFICOS

Sexo: () Masculino () Femenino

Edad: () Años

Nivel de instrucción: () Primaria incompleta
 () Primaria incompleta
 () Secundaria incompleta
 () Secundaria completa

2. FACTORES SOCIALES

Institución educativa: () Pública () Privada

Hábitos nocivos: () Si () No

Alcohol ()

Tabaco ()

Drogas ()

Estado civil de los padres: () Convivientes () Separados

Violencia intrafamiliar: () Si () No

Física ()

Psicológica ()

Sexual ()

3. FACTORES CLÍNICOS

Antecedentes familiares con depresión: Si () No ()

Padre ()

Madre ()

Hermanos ()

Abuelos ()

Otros ()

Nivel de autoestima: () Alta () Baja

4. DEPRESIÓN:

Si ()

No ()

ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG Y CONDE (SDS)

A = Muy poco tiempo/ Muy pocas veces/ Raramente
B = Algún tiempo/ Algunas veces/ De vez en cuando
C = Gran parte del tiempo/ Muchas veces/ Frecuentemente.
D = Casi siempre/ Siempre/ Casi todo el tiempo

Nº	Escala Auto aplicada para la Depresión de Zung y Conde.	A	B	C	D
1.	Me siento triste y deprimido/a.				
2.	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes				
3.	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro				
4.	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche				
5.	Ahora tengo tanto apetito como antes.				
6.	Todavía me siento atraído/a por el sexo opuesto				
7.	Creo que estoy adelgazando.				
8.	Estoy estreñido/a				
9.	Tengo palpitaciones.				
10.	Me canso por cualquier cosa.				
11.	Mi cabeza está tan despejada como antes.				
12.	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13.	Me siento agitado/a e intranquilo/a y no puedo estar quieto/a.				
14.	Tengo esperanza y confianza en el futuro.				
15.	Me siento más irritable que habitualmente.				
16.	Encuentro fácil tomar decisiones.				
17.	Me creo útil y necesario para la gente.				
18.	Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.				
19.	Creo que sería mejor para los demás que me muriera.				
20.	Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.				

3. Formato de juicio de expertos

Estimado juez experto (a): _____

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjuntan:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Id	Criterios	Si	No	Observación
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2	El instrumento responde a los objetivos del estudio.			
3	La estructura del instrumento es adecuado.			
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6	Los ítems son claros y comprensibles.			
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma y sello