



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSTGRADO

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DEPRESIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
2015-2019**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA
PRESENTADO POR
LUZ MARINA CCASA CCAHUANTICO**

**ASESOR
MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**LIMA, PERÚ
2021**



Reconocimiento - Compartir igual
CC BY-SA

El autor permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DEPRESIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
2015-2019**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

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

**PRESENTADO POR
LUZ MARINA CCASA CCAHUANTICO**

**ASESOR
MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**LIMA, PERÚ
2021**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	4
1.4 Justificación	5
1.5 Viabilidad y factibilidad	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	11
2.3 Definición de términos básicos	15
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	17
3.1 Formulación de la hipótesis	17
3.2 Variables y su operacionalización	17
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	19
4.1 Tipos y diseño	19
4.2 Diseño muestral	19
4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos	20
4.4 Procesamiento y análisis de datos	20
4.5 Aspectos éticos	20
CRONOGRAMA	22
PRESUPUESTO	23
FUENTES DE INFORMACIÓN	24
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La salud mental es el logro de un estado de bienestar, en el que la persona realiza sus actividades y tiene la capacidad de afrontar el estrés normal de la vida diaria, trabajar de forma óptima y contribuir a su comunidad (1).

Los problemas de salud mental se han relacionado con mortalidad prematura, pues se ha identificado que existe una disminución de la esperanza de vida en comparación con la población en general (2). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente no existen suficientes profesionales en el área de salud mental para poder tratar estas dificultades a nivel mundial (3).

La salud mental se ha definido como una de las prioridades de investigación en Perú, así como en muchos de los países de la región (4), por lo cual resulta necesario enfocar esfuerzos y desarrollar programas para identificar y manejar problemas que afecten las relaciones interpersonales y en el ejercicio laboral de las personas, lo cual podría desencadenar en repercusiones (5).

La depresión es un desorden afectivo multifactorial que se manifiesta con síntomas físicos como psicológicos, los cuales dificultan el desempeño normal del individuo y disminuyen la calidad de vida. Para tener una referencia a nivel mundial, se indica que uno de cada ocho adolescentes y uno de cada 33 niños y sufre de depresión (6).

En España, según datos emitidos por la Encuesta Nacional de Salud (7), con respecto al trastorno depresivo mayor (TDM) y su prevalencia según edades, se estima que en jóvenes de 18 años del 3,4%, en los adolescentes de 13 y 14 años del 2.3% y en los niños de 9 años del 1,8%. Según lo reportado por la misma encuesta, la prevalencia de depresión no presenta diferencias acordes a sexo antes de la pubertad (8). Ya entrados en la adolescencia, sin embargo, se puede llegar a observar una mayor prevalencia a predominio femenino, con una razón 2:1 (9).

Los trastornos depresivos que presentan los adolescentes frecuentemente son de evolución crónica, con altibajos, los cuales variablemente pueden ser marcados o no entre cada uno de los pacientes. Estos episodios representan un riesgo de 2 y 4 veces mayor de que persista la enfermedad depresiva en la adultez (10). Y aunque aún se sigue tratando de generar evidencia para confirmar, se cree que los riesgos para trastornos depresivos a más temprana edad aumentan con cada generación, lo cual genera la denominación de anticipación genética (11).

En el contexto del Perú, se conoce que, en 2008, se reportaba que 21% de los niños y adolescentes padecían de depresión. Entre las principales causas que se identificaron, a nivel de nuestro país, se encontró el maltrato infantil de tipo: psicológico, físico, negligencia y el abuso sexual. Además, desde ese momento, se resaltaban los factores sociodemográficos como determinantes: Del mismo modo, intervienen factores sociales ligados a la pobreza, lo cual genera una baja autoestima y la poca presencia de los padres en la crianza de los hijos (12).

Incluso, para evidencia de la importancia que se le viene brindando al tema a nivel nacional, medios oficiales del gobierno han venido presentando este tipo de boletines, donde se hace mención que: La falta de madurez de los pequeños los hace más vulnerables y, en casos extremos, pueden motivarlos a tomar decisiones equivocadas; se coloca como base de preocupación los datos de medios internacionales, donde se indica que la Organización Mundial de la Salud estima que el 3% de la población infantil sufre de depresión, lo que representa entre el 10% y el 15% de las consultas de psiquiatría infantil (13).

Tal es la preocupación por este tema que el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) Honorio Delgado, dentro de sus estudios epidemiológicos, reporta que en Lima un 8.6% de los adolescentes ha tenido un episodio depresivo en algún momento de su vida; en la ciudad Ayacucho, un 7.8% de los adolescentes ha presentado trastorno de ansiedad y en Puno, el 5.8 de adolescentes han presentado problemas de conducta relacionados con el alcohol. Esto significa que

uno de cada ocho adolescentes o niños(as) están en riesgo de sufrir alteraciones en la salud mental en durante su desarrollo (14).

Al hacer una revisión breve de los estudios, a cerca de los adolescentes y depresión en el Perú, sobresalen los informes de epidemiología del INSM, los que indican que en los adolescentes el trastorno clínico que se presenta con más frecuencia en Lima y Callao es la depresión teniendo como prevalencia de 7% (a predominio del sexo femenino, INSM, 2013). Estos estudios tienen limitaciones, debido a que existe una falta de diversificación en investigaciones respecto a la depresión en adolescentes (15).

El Instituto Nacional de Salud del Niño(INSN), que pertenece al Minsa, centro de salud pública de gran nivel de complejidad médica, institución pediátrica de referencia a nivel nacional. En dicho nosocomio, se han venido atendiendo casos de depresión en niños de diversas partes del país, no solamente de Lima, de diferentes estatus económicos, con diferentes realidades sociales en cada caso, lo cual no hace a esta institución estar exenta a la atención de infantes con depresión. El instituto cuenta con 19 psicólogos y 5 psiquiatras distribuidos en los servicios de hospitalización y consulta externa, quienes se encargan de brindar una atención multidisciplinaria a los pequeños pacientes de Lima y provincias que afrontan una enfermedad congénita o sufren accidentes graves como quemaduras, motivo por el cual requieren del soporte emocional para superar esta etapa difícil de su vida.

Se indicaba, en 2007, que se atendían un aproximado de 600 niños con depresión al año en la sede de Breña, casos de los cuales muchos llegaban a ideación suicida e intento de suicidio. Para ese año, se evidenció en los últimos años un aumento de estos casos, con registros de dos a tres menores atendidos durante el día, con síntomas como tristeza profunda, alteraciones del sueño, disfagia, falta ánimo y energía; así mismo, problemas que afectan el desempeño escolar, agresividad e incluso autoagresividad (16). Estas cifras han venido aumentando. En 2019, dentro del marco del Día Mundial de la Salud Mental, el Instituto Nacional de Salud del Niño, en su sede San Borja, atendió a aproximadamente a 200 niños y

adolescentes durante la jornada denominada Caricias que sanan, con el fin de identificar riesgos de violencia en niños y adolescentes y/o síntomas de problemas de salud mental como ansiedad, hiperactividad, depresión, entre otros. De los niños atendidos, al menos el 20% presentaba signos de depresión.

Debido a ello es que la claridad respecto a los factores sociodemográficos de la depresión infanto-juvenil, los cuales están asociados integrando las causas y consecuencias de la depresión, a fin de obtener un mejor panorama sobre el tema, puede llevar a desarrollar mejor las estrategias para afrontar este problema de salud en nuestra institución.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los factores sociodemográficos y depresión en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Salud Del Niño en la sede Breña, durante el periodo 2015 a 2019?

1.3 Objetivos

General

Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y depresión en pacientes atendidos en el Instituto Nacional De Salud Del Niño en la sede Breña, en el periodo 2015 a 2019

Específicos

Determinar la incidencia de casos de depresión por año atendidos por consulta externa de Psiquiatría infanto-juvenil.

Establecer la relación de depresión con edad, sexo y lugar de residencia, durante el periodo especificado.

Precisar los factores sociales con mayor incidencia y prevalencia.

Establecer la relación de depresión y factores sociales como ingresos familiares,

religión, convivencia y grado de instrucción materno durante el periodo especificado.

1.4 Justificación

El presente estudio de investigación es importante, debido a que no se han realizado investigaciones similares en nuestro medio, lo que sería un aporte importante y un conocimiento de la realidad a la que nos estamos enfrentando, para así definir directrices de manejo dentro de nuestra sociedad y lograr, con ello, un beneficio de nuestros pacientes, dado a las terribles consecuencias que puede acarrear el tener casos de depresión en niños y jóvenes que sean de difícil control para las familias y los profesionales de salud.

Con este tipo de investigación se va a obtener el beneficio de los pacientes de primera mano, ya que se va a poder establecer los riesgos en cada uno de ellos y permitirá realizar manejos oportunos, además del beneficio de la institución y los profesionales que laboramos en la misma, debido a que va a permitir realizar un mejor manejo de las determinantes de los casos.

Como ya se ha mencionado previamente, determinar factores sociodemográficos que se asocien directamente a la depresión en niños y jóvenes permitiría hacer hincapié en los mismos, para llevar un mejor control de los modificables, en cualquiera de los entornos del paciente, y así determinar la mejor manera de manejar estos cuadros, sea directamente con uso de medidas de psicoterapia o farmacológicas. Con ello, lo que se intentaría es dar cumplimiento al hecho de que, al controlar los factores de riesgo, se pueden controlar los cuadros y las consecuencias de los mismos.

1.5 Viabilidad y factibilidad

Este estudio es viable, ya que la jefatura del servicio donde se realiza ha autorizado ejecutar el presente proyecto. El instrumento con el que se obtendrá la información es claro y sencillo para la recolección de data. No se utilizará ningún tipo de identificador para los pacientes y por lo cual este proyecto se desarrolla sin

necesidad por el diseño de consentimiento informado. Además, se contará con autorización de la jefatura de registro e historias clínicas.

Los recursos financieros y materiales serán asumidos en su totalidad por el investigador, lo cual hace que este estudio sea factible y no genere ningún costo a la institución. La recolección de datos ya se viene programando según el número estimado de pacientes que se incluirán, lo cual permite desarrollarlo de manera segura. Se cuenta, además, con los recursos económicos para cubrir el gasto que genere esta investigación, los recursos tecnológicos para el manejo de la data, y de profesionales que garanticen el desarrollo de la investigación sin dificultades. Además, por las características del diseño, no existe inconvenientes éticos que puedan limitar este estudio, debido a que se está cumpliendo con todos los criterios éticos nacionales e internacionales para la protección de los participantes, como lo es directivas institucionales del hospital, Minsa, CONCYTEC, pautas del CIOMS y criterios Ezequiel Emanuel.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

El desarrollo de investigación sobre la depresión en adolescentes peruanos ha sido variado. Hay una serie de publicaciones en revistas nacionales y extranjeras que datan desde el año 2000. Pero el problema principal que se encuentra es el incumplimiento de la información en el diseño de la investigación, los instrumentos que se han usados, las características específicas de cada uno de los participantes, además del proceso de recolección de datos y análisis, tal como lo ha descrito para el tema Fernández-Ríos et al., en 2019 (17).

Leydesdorff et al., en 2013, indicaron que, al hacer la búsqueda de la información, se evidencian tendencias acerca del estudio de la depresión. Sin embargo, la data en publicaciones es reducida. Uno de los factores que se ha logrado identificar es que, por lo general, no se establecen las redes de colaboración adecuada ya sea nacionales o internacionales para la investigación y el manejo de la depresión, lo cual a interpretación del autor tiene directamente efectos negativos en los propios casos de niños y adolescentes padeciendo este proceso (18).

En un estudio desarrollado en la ciudad de Medellín, Hoyos et al, evaluaron los factores de riesgo y los factores de protección en un grupo de adolescentes mediante un estudio de Casos y controles, en el cual contaron con un total de 3690 adolescentes en edades entre 9 a 19 años (con una edad media de 13 años), quienes pertenecían a escuelas estatales y privadas de la ciudad, y donde el 56.7% fue de sexo femenino. Se encontró asociación significativa con la cohesión familiar, escala social, y Área académica. Los factores ambientales como sucesos vitales estresantes, la espiritualidad, problemas en la relación con los padres, relaciones con amigos que tienen comportamientos prosociales y antisociales, logros y desempeño académico, tuvieron asociación ante a los trastornos donde se encuentra la depresión (19).

Campos et al., en 2014 investigaron qué variables sociodemográficas pueden ser

de riesgo o de protección de la depresión en la adolescencia. Participaron 642 adolescentes, media de 13 años de edad. Las herramientas usadas fueron el Inventario de Habilidades Sociales para Adolescentes (IHSA-Del-Prette), el Criterio Brasil (CCEB), y el Inventario Depresión Infantil (CDI). La mayoría de las habilidades frecuentes de la empatía y el autocontrol fueron las encontradas, así como la edad de 12 años se encontraron como factores protectores, y como riesgo se halló la dificultad en las habilidades sociales y sexo femenino (20).

Gonzales-Lugo et al. conformaron un grupo de 113 adolescentes de una ciudad al noroeste de México en un sector vulnerable. Los participantes han respondido una serie de escalas tipo Likert, con la finalidad de medir cada una de las variables objeto de estudio. Estos resultados obtenidos del modelo estructural mostraron que determinadas características negativas del entorno social, amigos y los eventos negativos de vida son factores de riesgo para presentar depresión, estos eran de cierta forma mitigados moderadamente por el apoyo social (21).

Con respecto a las variables psicológicas y la depresión en adolescentes, las variables que están relacionadas con ansiedad demuestran gran interés para los investigadores. Avenevoli et al. reportaron que la ansiedad es uno de los trastornos de comorbilidad de mayor frecuencia en relación a la depresión, con evidencia de asociación estadísticamente significativa entre ambas (22), y Rao et al., mediante un estudio muy similar, determinaron que ello incrementa la gravedad de los cuadros y se asocia al aumento de las adicciones en los varones (23).

Las variables psicológicas y depresión, son importantes porque permiten ver temas más a fondo como el suicidio. En Cuba, Gonzales et al. evaluaron a 23 adolescentes que realizaron intento de suicidio de un Policlínico durante el año 2017 y el primer trimestre del año 2018 y se les asignandoles 23 controles para el estudio. El 56.52% eran adolescentes de entre 17-19 años, el 54,34% que contaban con un nivel elevado de depresión, pero la mayoría de ambos grupos con respecto a la autoestima mostraron un nivel entre alto y medio. Se observó una relación significativa entre la depresión mayor y la ocurrencia de intento suicida. Se aceptó

la hipótesis de que factores de riesgo como el nivel alto y medio de depresión y la baja autoestima incrementa la ocurrencia de un intento suicida, sin embargo, la autoestima adecuada interviene como un factor protector (24).

En España, Aguilar et al. ejecutaron una investigación, en 2019, en la que analizaron la relación entre la depresión y la ansiedad en niños, los cuales fueron medida por sus padres utilizando el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC), y evaluando la forma de crianza acorde al Cuestionario de Crianza(PCRI-M) y diversas variables del entorno familiar. Con 554 niños (288 hombres y 266 mujeres) entre 3 y 13 años de edad. Los resultados indicaron que niños con altas puntuaciones en depresión tienen padres que brindan un nivel de apoyo muy bajo, insatisfacción relacionada con la crianza, problemas con la comunicación, y con alteración en la autonomía y disciplina de los padres, junto con un rol por parte de la madre ineficiente.

En 2019, Aguilar-Yamuza et al. determinaron que los niños con altas puntuaciones en ansiedad tienen padres con un nivel de apoyo, autonomía y disciplina muy bajo. así mismo presentan insatisfacción con la crianza y el desempeño inadecuado de la madre. Finalmente, se discutió la utilidad de implementar planes que incluyan estos aspectos a consideraran de los progenitores para el manejo tanto de la ansiedad como la depresión (25).

En un estudio denominado las Facetas de la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos para niños y adolescentes (CES-DC) en España: Validación empírica, se explora la dimensionalidad de esta en una muestra de 986 niños y adolescentes de 9 y 18 años. Realizaron un análisis factorial para un modelo en el que intervenían cuatro factores basándose en la organización original (afecto positivo, somatización, afecto depresivo y problemas interpersonales), también se realiza para otro modelo o estudio alternativo el cual agrega los factores previos. Los resultados que los autores obtuvieron mostraron que los modelos estudiados eran idóneos para la población estudiada con propiedades psicométricas satisfactorias y con las pruebas de validez de criterio y ello en buena pro de poder

continuar investigando (26).

Andres, Juric et al., en 2016, desarrollaron un estudio con el objetivo de manifestar y estudiar dos tipos de asociaciones para exponer el vínculo existente de los rasgos extraversión y neuroticismo; las estrategias de regulación emocional, reevaluación cognitiva (RC) y supresión de la expresión emocional (SEE), y los y trastornos de depresión y ansiedad entre los 9 a 12 años. Los niños evaluados fueron 230, de ambos sexos con edades entre los 9 a 12 años y se contrastaron los modelos con un path analysis.

Encontraron que la reevaluación cognitiva mostró un efecto mediador total en comparación de la extraversión con la ansiedad, diferente para la depresión en la cual no se observó. La supresión de la expresión emocional mostró un efecto mediador incompleto en comparación del neuroticismo con la ansiedad y con la depresión. Respecto a los resultados obtenidos se les reconoce la significancia para contribuir a la información existente en relación del efecto de estas características en el cuadro clínico, lo que resultaría de gran importancia para prevenir y planificar tratamientos, así mismo dar a conocer, el efecto mediador de las estrategias en los rasgos de personalidad de los niños y adolescentes, esto constituiría un aporte significativo para la realización de programas que contribuyan en la salud mental infantil (27).

Ruiz Cárdenas et al., en México, evaluaron la relación entre el ambiente familiar y la depresión en adolescentes. En un grupo de 391 adolescentes con edades entre 14 a 16 años de ambos sexos, alumnos de instituciones públicas; aplicándose Escala de Ambiente Familiar para los Adolescente (EAFA: Reidl & Gallegos, Ruíz-Cárdenas, 2017), en el que evalúan cinco factores: falta de comunicación familiar, falta de reglas conflicto entre los padres, y normas, hostilidad y aceptación familiar. La depresión fue evaluada utilizando la escala D, Depresión del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para los Adolescentes (MMPI-A: Lucio, Ampudia & Durán, 2004). Obteniéndose en esta comparación realizada diferencias significativas por sexo en la escala de depresión. Se concluyó que las variables

predictoras de depresión en las mujeres: ausencia de reglas y normas familiares y carencia de comunicación en el entorno familiar y; en tanto que las variables predictoras de depresión en varones son: problemas entre los padres, la falta de aprobación en la familia (28).

A nivel de nuestro país, se han desarrollado estudios, los que están sistematizados en una revisión realizada en el 2017 por un grupo investigador de la Universidad San Martín de Porres liderado por Navarro-Loli et al., en la cual nos indican que, con respecto a los trastornos depresivos en los adolescentes y su prevalencia, la unidad de análisis, es reportado en pocos estudios y estas cifras varían en relación a las características específicas de cada punto de corte, los instrumentos y muestra utilizados. Las variables relacionadas a la depresión señalan un evidente interés según género, lo cual se evidencia en la literatura que indica que los problemas emocionales se presentan más en las niñas en comparación con los niños y estos síntomas, se agravan durante la adolescencia. Esto debido a que, durante esta etapa, los acontecimientos estresantes en la familia o negativos de la vida, relaciones, amigos, entre otros. Pudiendo transformarse en predictores de la depresión, asimismo de tener diferencias acordes al sexo del adolescente (15).

2.2. Bases teóricas

Definición

Se define como un desorden afectivo multifactorial manifestándose como una serie de síntomas tanto físicos como psicológicos, ello puede alterar la calidad de vida y dificultar el desempeño normal del individuo que lo padece. Es una patología infradiagnosticada e infra tratada (6).

Características epidemiológicas

Los trastornos de depresión afectan a individuos independientemente del grupo etario, nivel cultural y situación económica. aunque existen muchos estudios acerca de prevalencia, diagnóstico y el tratamiento con respecto a los trastornos de depresión en adultos, las investigaciones realizadas en población infantil y

adolescente son escasas. Además, presenta resultados variables, por el difícil diagnóstico en este grupo etario, los criterios diagnósticos que se utilizan en la entrevista. Debido a estas dificultades, es importante contar con profesionales con buena formación y en salud mental infanto-juvenil y atención primaria, con experiencia para el manejo de patologías en estos grupos etarios, así t ambién disponer de recursos que se requieren para el correcto diagnóstico y adecuado tratamiento (6).

Síntomas generales

Los síntomas se definen por la edad y se agrupan según su desarrollo evolutivo (29). La irritabilidad es rasgo característico en la primera infancia.

En la adolescencia, entre los principales síntomas tenemos la anhedonia (incapacidad para experimentar placer) y la apatía (estado de desinterés) (30).

Clasificación y características clínicas específicas

Las enfermedades dentro de los trastornos depresivos se agrupan desde la tristeza hasta llegar a situaciones severas de Trastorno Depresivo Mayor (31).

El trastorno adaptativo es aquel que se encuentra hacia el límite más próximo a la normalidad. Presenta sintomatología leve de depresión, autolimitados y que están Vinculados con factores desencadenantes como el nacimiento de un hermano, divorcio de los padres, etc. (32).

El trastorno depresivo no especificado, designado como depresión sub sindrómica o episodio depresivo leve, caracterizado por presentar un síntoma principal de Trastorno Depresivo Mayor: irritabilidad, tristeza y anhedonia, relacionados a otras 3 manifestaciones de depresión mayor. No cumple criterios que se encuentran presentes en el trastorno de depresión mayor (32).

Los trastornos distímicos que tiene un comienzo insidioso presentan manifestaciones sub sindrómicos y de evolución fluctuante. El cual persiste

aproximadamente un año en los adolescentes y en los niños. Con un curso más crónico que el Trastorno Depresivo Mayor, con manifestaciones leves. Los síntomas pueden no estar presentes todo el día, como es el caso del TDM, con una duración menor de 2 meses (33).

Si el episodio depresivo mayor se manifiesta luego de una distimia se denomina depresión doble que es de peor pronóstico y de curso más crónico (33).

Diagnóstico

El trastorno depresivo es de diagnóstico exclusivamente clínico. Para ello, se debe hacer la historia clínica del paciente, así como también de ambos padres de forma detallada como entorno familiar, además de una exploración de su estado mental. También, se puede utilizar el entorno escolar para esta evaluación.

En la atención de los pacientes con depresión, se debe: Primero, evaluar el episodio de depresión actual (nivel de síntomas, los factores etiológicos, y repercusión en el funcionamiento global,). Es importante indagar con los padres y el niño acerca pensamientos de suicidio o muerte. Y segundo, identificar episodios anteriores del paciente y los posibles antecedentes de patologías psiquiátricas de la familia que puedan existir.

Determinación del estado de gravedad

Los criterios de gravedad según CIE-10 son:

Criterios A: Los criterios generales para el episodio depresivo, deben tener una duración menor de dos semanas y no debe atribuirse a ninguna sustancia química o enfermedad mental orgánica.

Criterios B: Estado de ánimo deprimido o irritable, quejas físicas vagas, expresión facial triste, comportamiento imprudente o atolondrado y actitudes coléricas u hostiles. Pérdida de interés en el juego y signos de fatiga.

Criterios C: Pérdida de confianza en sí mismo, auto desvalorización, culpa inapropiada; aquí puede haber muestras no verbales de conducta suicida, conducta de riesgo, problemas de atención y concentración, escaso rendimiento escolar, comportamiento hiperactivo, alteración de sueño, alteraciones en el peso.

Criterios D: Puede referir síntomas físicos como dolor, auto desvalorización, indicios no verbales de conducta suicida, problemas de atención y concentración, comportamiento de riesgo reiterado.

Los criterios descritos anteriormente han sido tomados directamente de CIE-10 (34).

Los criterios de gravedad según DSM IV son:

Criterio A: Síntomas por dos semanas, humor triste deprimido o irritable, pérdida de interés, pérdida de peso sin estar enfermo o a dieta, o aumento significativo por encima de lo determinado a ganancia ponderal, insomnio o hipersomnia, fatiga o pérdida de la energía, sentimientos de desvalorización, falta de concentración, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin plan determinado.

Criterio B: La sintomatología que se presenta, no reúnen los criterios necesarios para el diagnóstico de episodio mixto.

Criterio C: La sintomatología o manifestaciones causan incomodidad clínicamente importante o el daño del desenvolvimiento social.

Criterio D: Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia ni a una enfermedad médica general.

Criterio E: Los síntomas no son mejor explicados por duelo, que persisten más de dos meses y se caracterizan por un visible deterioro funcional, ideas de suicidio, desvalorización, síntomas psicóticos y retraso psicomotor.

Los criterios descritos anteriormente han sido tomados directamente de DSM-IV TR (35)

Comorbilidades

Casi el 40 y el 90% de adolescentes que padecen de depresión tienen una comorbilidad (36) y aproximadamente el 20–50% tienen 2 o más comorbilidades. En su gran mayoría inician antes del primer episodio depresivo, a excepción del trastorno por pánico y el abuso de drogas, que comienzan culminando la adolescencia. Los que se pueden observar con mayor frecuencia son los trastornos de conducta y de ansiedad (37).

Tratamiento

Si el cuadro que se observa es de depresión mayor de un nivel leve y no presentan factores negativos, ya sean ideas o comportamientos que conlleven autolesionarse. El especialista en pediatría realizará la observación y seguimiento de la evolución del caso durante un período de dos semanas, tiempo en el que se brindará apoyo constante al niño o adolescente incluyendo a la familia y orientarlo sobre modelos de vida saludable y el manejo de eventualidades. Si existe una persistencia de los síntomas depresivos, se debe derivar al paciente al especialista para un mejor control del caso (30).

2.3 Definición de términos básicos

Adolescencia: Etapa de desarrollo biológico, psicológico, sexual y social que se encuentra inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad.

Ansiedad: Es un tipo de respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a diferentes estímulos los cuales pueden ser externos o internos, tales como ideas, imágenes, pensamientos, etc., que el individuo los percibe como amenazantes o peligrosos.

Depresión: Desorden afectivo de tipo multifactorial caracterizado por diferentes

síntomas ya sean físicos y psicológicos, que pueden alterar la calidad de vida que obstaculiza el desempeño adecuado de la persona que lo padece.

Infancia: Etapa de un ser humano que se inicia desde el nacimiento y se extiende hasta la pubertad.

Juventud: Es la edad que antecede inmediatamente a la edad adulta situándose después de la infancia. La Organización Mundial de la Salud refiere que la juventud adulta comprende, en promedio, el rango de edad entre los 18 y 30 años.

Niñez: Primer período de la vida de la persona, comprendido entre el nacimiento y el principio de la adolescencia.

Psicoterapia: Tratamiento que se da a algunas enfermedades, en especial nerviosas y mentales, y que consiste en la aplicación de determinados procedimientos psíquicos o psicológicos.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

Hipótesis afirmativa

Existe relación significativa entre factores sociodemográficos y depresión en pacientes del Instituto Nacional de Salud del Niño, durante el periodo 2015 a 2019.

Hipótesis nula

No existe relación significativa entre factores sociodemográficos y depresión en pacientes del Instituto Nacional de Salud del Niño, durante el periodo 2015 a 2019.

3.2 Variables y su operacionalización

Variables	Definición conceptual	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus Valores	Medio de verificación
Depresión	Trastorno mental que se describe como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado	Cualitativa	Diagnóstico definitivo de depresión	Ordinal	Depresión leve Depresión moderada Depresión severa	Historia clínica
Edad (factor demográfico)	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Años cumplidos	Ordinal Razón	De 5 a 9 De 9 a 12 De 12 a 15 De 15 a 18	DNI del paciente
Sexo (factor demográfico)	Definición sexual biológica	Cualitativa	Sexo al nacer	Nominal	Hombre Mujer	Historia clínica
Lugar de residencia (factor demográfico)	Lugar o domicilio en donde se encuentra en estos momentos en	Cualitativo	Distrito	Nominal	Distrito	DNI del paciente

	tiempo y espacio					
Ingresos familiares (factor social)	Cantidad de dinero que ingresa al hogar acorde al número de integrantes	Cuantitativo	Monto de Dinero	Ordinal	Menor al sueldo mínimo. Mayor al sueldo mínimo	Ficha de recolección de datos.
Religión (factor social)	Sistema de creencias, costumbres y símbolos establecidos en torno a una idea de lo sagrado	Cualitativo	Idea que profesa en una orden o congregación religiosa	Nominal	(0) Ninguna (1) Católico (2) Evangélico (3) Mormona (4) Otra	Ficha de recolección de datos
Convivencia (factor social)	La coexistencia de grupos humanos en un mismo espacio.	Cuantitativa	Número de personas que habitan con el paciente	Ordinal	De 1 a 2 De 3 a 5 Más de 6	Ficha de recolección de datos
Grado de instrucción materno (factor social)	Nivel educacional de la madre	Cualitativa	Nivel educacional máximo alcanzado	Ordinal	(0) Primario (1) Secundario (2) Técnico (3) Superior universitario (4) Posgrados.	Ficha de recolección de datos

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

De enfoque cuantitativo.

Según la intervención del investigador, es un estudio observacional.

Según el alcance, es un estudio correlacional.

Según el número de mediciones de las variables de estudio, es un estudio transversal.

Según el momento de recolección de recolección de datos, es un estudio retrospectivo.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Pacientes pediátricos con el diagnóstico de depresión.

Población estudio

Pacientes pediátricos con diagnóstico de depresión del Instituto Nacional de Salud Del Niño que hayan sido evaluados, diagnosticados o tratados durante el periodo 2015 a 2019.

Tamaño de la muestra

Se utilizará como el tamaño de la muestra a toda la población de estudio según los tres (03) criterios de inclusión definidos más adelante.

Muestreo

El muestreo es censal

Criterios de selección

De inclusión

Pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en el INSN.

Pacientes entre edades de 5 a 18 años.

Pacientes que cuenten con historia clínica completa de la atención por el servicio de psiquiatría infanto juvenil.

De exclusión

Pacientes con diagnóstico de depresión subsecuente a uso de sustancias psicoactivas.

Pacientes con diagnóstico de depresión subsecuente a enfermedades orgánicas del sistema nervioso.

Pacientes con otro tipo de alteraciones neurológicas, como retraso en el desarrollo, autismo, entre otras.

4.3 Técnicas y procedimientos para la recolección de los datos

La recolección de datos será de las historias clínicas a través de la ficha de recolección de datos. Realizada la recolección, procederemos a llenar la base de datos que ha sido elaborada anteriormente en base a la categorización de las variables adjunta. Se contará, con la historia clínica del paciente para verificar los últimos controles realizados y asimismo añadir información no registrados en la ficha de recolección de datos del paciente.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de los datos se hará por medio del programa SPSS para Windows versión 17. Se aplicará la prueba de Chi cuadrado a fin de determinar si existe diferencia que sean estadísticamente significativa entre los resultados obtenidos para las variables cualitativas. Además de ello, se realizará el análisis de la variable principal que es depresión en correspondencia a los factores sociales y demográficos que se han descrito en los objetivos específicos.

4.5 Aspectos éticos

Durante la elaboración del proyecto, se evaluará algunos puntos a fin de garantizar la adecuada manipulación de información de carácter personal registradas en las historias clínicas objeto de estudio.

Dentro de la evaluación beneficio-riesgo para los sujetos investigados, todos aquellos inmersos en el proceso de esta investigación serán beneficiados por las conclusiones derivadas de la información y el análisis obtenida de sus historias clínicas. No se considera necesario una hoja de consentimiento informado para los pacientes, debido a que solo se realizará manejo estadístico de la información recabada en las historias clínicas.

Además, será solicitado el consentimiento de las autoridades del Instituto mediante el envío del proyecto y la información correspondiente de nuestras actividades al Comité de Ética del INSN. Una vez finalizado el estudio se entregarán conclusiones a las jefaturas de los departamentos involucrados lo cual influirá en la calidad de los servicios que brinda la institución. La confidencialidad de los datos obtenidos será de absoluta responsabilidad de los investigadores a cargo, por tal motivo la manipulación de las historias clínicas se realizará con los números de historias clínicas.

CRONOGRAMA

PASOS	2021								
	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct
Redacción final del proyecto de investigación	X	X							
Aprobación del proyecto de investigación			X						
Recolección de datos				X					
Procesamiento y análisis de datos					X				
Elaboración del informe						X			
Correcciones del trabajo de investigación							X		
Aprobación del trabajo de investigación								X	
Publicación del artículo científico									X

PRESUPUESTO

Todos los gastos generados por la elaboración de este trabajo de investigación serán asumidos única y exclusivamente por el investigador

Concepto	Monto estimado (soles)
Materiales de escritorio	600.00
Adquisición de software	800.00
Internet	200.00
Logística	300.00
Impresiones	400.00
Traslados	500.00
TOTAL	2800.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. World Health Organization (WHO). [citado 23 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, Holtz Y, Erlangsen A, Canudas-Romo V, et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *The Lancet*. 2019;394(10211):1827-35.
3. Salud mental [Internet]. World Health Organization (WHO). [citado 23 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
4. Resolución_Ministerial_N__658-2019-MINSA.pdf [Internet]. [citado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resoluci%C3%B3n_Mi_nisterial_N_658-2019-MINSA.PDF
5. Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*. 2010;22(3):389-95.
6. Nuria Martínez-Martín. Trastornos depresivos en niños y adolescentes. *Elsevier*. Unidad Clínico Funcional de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España. Vol. 12. Núm. 6. páginas 294-299 (Noviembre - Diciembre 2014)
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/>
8. J. Fernandez-Ballart, J. Canals, C. Marti-Henneberg, E. Domenech. A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. *Europ Child Adolesc Psychiatry.*, 4 (1995), pp. 102-111
9. E.J. Costello, A. Angold, C.M. Worthman. Puberty and depression: the roles of

- age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med.*, 28 (1998), pp. 51-61
Medline
10. P. Cohen, D.S. Pine, E. Cohen, J. Brook. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *Am J Psychiatry.*, 156 (1999), pp. 133-135 <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.156.1.133> | Medline
 11. B. Birmaher, N.D. Ryan, D.E. Williamson, D.A. Brent, J. Kaufman. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*, 35 (1996), pp. 1427-1439.
 12. Agencia andina de noticias. Publicado el 27/02/2008. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-el-21-los-ninos-peruanos-sufre-depresion-advierete-director-hospital-honorio-delgadohideyo-noguchi-163107.aspx>
 13. Carmen Bravo de Rueda. Diario Oficial El Peruano. Publicado el 11/9/2018. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia-la-depresion-los-ninos-70970.aspx>
 14. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado. Nota de Prensa. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2012/011.htm>
!
 15. NAVARRO-LOLI, Jhonatan S.; MOSCOSO, Manolete; CALDERON-DE LA CRUZ, Gustavo. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liber Lima*, v. 23, n. 1, p. 57-74, jun. 2017. accedido el 02 jul. 2020. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272017000100005&lng=es&nrm=iso
 16. Ministerio de Salud. accedido el 08 ago. 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/41055-se-incrementa-depresion-en-ninos-debido-a-maltrato-infantil>
 17. Fernández-Ríos, L., & Buela-Casal, G. Standards for the preparation and writing of Psychology review articles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2009. 9(2), 329-344.
 18. Leydesdorff, L., Wagner, C. S., Park, H. W., & Adams, J. International collaboration in science: the global map and the network. *El Profesional de la Información*, 2013, 22(1), 87-94.

19. Hoyos, E., Lemos, M., Torres, Y., (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121
20. Campos, JR, Del Prette, A, Del Prette, Z. (2014). Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 408-428.
21. González Lugo S, Pineda Domínguez A, Gaxiola Romero J. Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *UPJ [Internet]*. 6 jul. 2018; 17(3):1-1.
22. Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L., & Ries Merikangas, K. Comorbidity of depression in children and adolescents: model and evidence from a prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry*, 2001. 49(12), 1071-1081.
23. Rao, U., Ryan, N. D., Dahl, R. E., Birmaher, B., Rao, R., Williamson, D. E., & Perel, J. M. Factors associated with the development of substance use disorder in depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 1999. 38(9), 1109-1117. doi: 10.1097/00004583-199909000-00014
24. González-Sábado R, Rodríguez-Domínguez L, González-Iturbe F, Smith-Hernández M, Lastres-Fonseca L. Problemas de autoestima y depresión: posibles factores de riesgo para la ocurrencia de un intento de suicidio. **MULTIMED** [revista en Internet]. 2020; 24(0):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1860>
25. Aguilar-Yamuza, B., Raya-Trenas, A.F., Pino-Osuna, M.J., Herruzo-Cabrera, J. Relationship among parenting style and depression and anxiety in children aged 3 - 13 years old | [Relación entre el estilo de crianza parental y la depresión y ansiedad en niños entre 3 y 13 años]. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 2019. 6(1), pp. 36-43
26. Hernández, M. O. S., Delgado, B., Carrasco, M. Á., & Holgado-Tello, F. P. (2018). Facetas de la "escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos para niños y adolescentes" (CES-DC) en españoles: Validación empírica [Facets of the "Center for Epidemiological Studies

- Depression Scale for Children and Adolescents" (CES-DC) in Spanish: Empirical validation]. Behavioral Psychology, 26(3), 495–512.
27. Castañeiras, Andrés, M. L., Canet, L., C. E. & Richaud, M. C. (2016). Relaciones de la regulación emocional y la personalidad con la ansiedad y depresión en niños. Avances en Psicología Latinoamericana, 34(1), 99-115. doi: dx.doi.org/10.12804/apl34.1.2016.07
28. Ruíz Cárdenas CT, Jiménez Flores J, García Méndez M, Flores Herrera LM, Trejo Márquez HD. Factores del ambiente familiar predictores de depresión en adolescentes escolares: análisis por sexo . RDIPyCS [Internet]. 25 de enero de 2020; 6(1):104-22.
29. Harrington R. Affective disorders. En: Rutter M, Taylor E, editores. Child and adolescent psychiatry. 4.^a ed. Oxford: Blackwell Publishing Company; 2005.
30. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2007/09. Disponible en www.guiasa-lud.es/egpc/depresion_infancia/completa/index.html
31. Zalsman G, Brent DA, Weersing VR. Depressive disorders in childhood and adolescence: an overview: epidemiology, clinical manifestation and risk factors. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2006;15(4):827-41.
32. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Subthreshold Depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(1):66-72.
33. Kovacs M. Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996;35(6):705-15.
34. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
35. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y

- estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson; 2003.
36. Gómez-Ferrer C, Ruiz Lozano MJ. Trastornos depresivos en el niño y adolescente. En: Práctica clínica paidopsiquiátrica. Historia clínica. Guías clínicas. Madrid: Ed. Adalia; 2006. p. 203-209.
37. Erkanli A, Angold A, Costello EJ. Comorbidity. J Child Psychol Psychiatry. 1999;40(1):57-87.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título de la investigación	Pregunta de la investigación	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección de datos
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DEPRESIÓN EN INFANTES INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO 2015 –2019	¿Cuáles es la relación entre los factores sociodemográficos y depresión en pacientes atendidos en el Instituto Nacional De Salud Del Niño en la sede Breña, durante el periodo del 2015 al 2019?	Determinar los factores sociodemográficos asociados a la depresión en los pacientes pediátricos del Instituto Nacional De Salud Del Niño durante el periodo del 2015 al 2019.	Existe relación significativa entre factores sociodemográficos y depresión en pacientes del Instituto Nacional de Salud Del Niño durante el periodo del 2015 al 2019.	De enfoque cuantitativo. Según la intervención del investigador, es un estudio observacional. Según el alcance, es correlacional. Según el número de mediciones de las variables de estudio, es transversal.	Población universo: Pacientes pediátricos con diagnóstico de depresión del Instituto Nacional de Salud Del Niño. Población de estudio: Los pacientes pediátricos con el diagnóstico de depresión del Instituto Nacional de Salud Del Niño que hayan sido evaluados, diagnosticados, o tratados durante el periodo del 2015 al 2019. Tamaño de la muestra: Es un estudio de tipo censal, se utilizará como tamaño muestral a toda la población de estudio definida a continuación según los criterios de inclusión. Muestreo o selección de muestra: El tipo de selección de muestra es no probabilístico por conveniencia,	Historias clínicas Ficha de recolección de datos.
		Determinar la incidencia de casos de depresión por año atendidos por consulta externa de psiquiatría infanto-juvenil. Establecer la relación de depresión y factores demográficos como edad, sexo y lugar de residencia durante el periodo especificado	Según el momento de recolección de recolección de datos, es retrospectivo.			

		<p>· Precisar los factores sociales con mayor incidencia y prevalencia.</p> <p>Establecer la relación de depresión y factores sociales como ingresos familiares, religión, convivencia y grado de instrucción materno durante el periodo especificado .</p>			<p>seleccionando a todos los casos de la población de estudio durante el periodo que se ha definido.</p> <p>Criterios de selección</p> <p>Criterios de inclusión</p> <p>Pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en el INSN.</p> <p>Pacientes entre edades de 5 a 18 años.</p> <p>Pacientes que cuenten con historia clínica completa de la atención por el servicio de psiquiatría infanto juvenil.</p> <p>Criterios de exclusión</p> <p>Pacientes con diagnóstico de depresión subsecuente a uso de sustancias psicoactivas.</p> <p>Pacientes con diagnóstico de depresión subsecuente a enfermedades orgánicas del sistema nervioso.</p> <p>Pacientes con otro tipo de alteraciones neurológicas, como retraso en el desarrollo, autismo, entre</p>	
--	--	---	--	--	--	--

					<p>otras.</p> <p>Procesamiento de datos:</p> <p>Programa SPSS para Windows versión 17.</p> <p>Se aplicará la prueba de Chi cuadrado y determinar si existe diferencia estadísticamente significativa entre los resultados obtenidos para variables cualitativas.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

2. Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
Código de ficha:	
Fecha de diagnóstico de depresión:	
Edad:	Sexo:
Distrito:	
Número de personas con las que convive:	<input type="checkbox"/> De 1 a 2 personas <input type="checkbox"/> De 3 a 5 personas <input type="checkbox"/> Más de 6 personas
Ingresos:	<input type="checkbox"/> Menor al sueldo mínimo <input type="checkbox"/> Mayor al sueldo mínimo
Religión	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> católico <input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Mormona <input type="checkbox"/> Otra
Comorbilidad	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Inmunodepresión <input type="checkbox"/> Nutricionales <input type="checkbox"/> Otra
Diagnóstico de	
Depresión leve ()	Depresión moderada () Depresión severa ()
Grado de instrucción materno	<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Superior universitario <input type="checkbox"/> Postgrados.

TABLA DE CODIFICACIÓN DE VARIABLES

Variables	Codificación de variables
Edad	12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años
Sexo	Hombre Mujer
Depresión	Depresión leve Depresión moderada. Depresión severa.
Lugar de residencia	Distrito: a completar
Ingresos familiares	Menor al sueldo mínimo. Mayor al sueldo mínimo.
Religión	(0) Ninguna (1) católico (2) Evangélico (3) Mormona (4) Otra
Convivencia	De 1 a 2 personas De 3 a 5 personas Más de 6 personas
Comorbilidad	(0) Ninguna (1) Cáncer (2) Inmunodepresión (3) Nutricionales (4) Otra
Grado de instrucción materno	(0) Primario (1) Secundario (2) Técnico (3) Superior universitario (4) Posgrados