



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
ESCUELA DE POST - GRADO**

MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES

MENCIÓN : EVALUACIÓN DE PROGRAMAS



**“DEPRESIÓN Y FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS EN
LA POBLACIÓN URBANA DE LA CIUDAD DE PUNO, DE 15 A
MÁS AÑOS DE EDAD, AÑO 2005”**

TESIS

PRESENTADA POR:

BLANCA SALOME LLERENA VILLAFUERTE

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAGÍSTER SCIENTIAE EN CIENCIAS SOCIALES

MENCIÓN EN VALUACIÓN DE PROGRAMAS



PUNO - PERÚ

2007

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO

BIBLIOTECA CENTRAL

Fecha Ingreso: 28 SET. 2012

N° 00127

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES

MENCIÓN EN EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

PRESENTACIÓN DE TESIS DE GRADO

SEÑOR DIRECTOR DE LA MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES

LLERENA VILLAFUERTE BLANCA SALOMÉ, ex estudiante de la Escuela de Post Grado de la Maestría en Ciencias Sociales, con matrícula N° 012422, presento ante Ud. el informe final de Tesis de Grado que adjunto, titulado “DEPRESIÓN Y FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN URBANA DE LA CIUDAD DE PUNO, DE 15 A MÁS AÑOS DE EDAD, AÑO 2005”, el cual se ha elaborado de acuerdo a las normas establecidas por la Maestría en Ciencias Sociales de la Escuela de Post Grado, revisado y aprobado por el profesor consejero.

Puno, 06 de julio del 2007.

Bach. Blanca S. Llerena Villafuerte
Candidata

M. Sc. Carlos Espinoza Zevallos
Asesor

Aprobación por el COMITÉ O JURADO DE TESIS

Dr. José Gutierrez Alberoni
Presidente

Mg. Ariel Huarachi Loza
Miembro del Jurado

M. Sc. Nury Ramos Calisaya
Miembro del Jurado

M. Sc. Carlos Espinoza Zevallos
Miembro del Jurado

VoBo
Director de la EPG-UNA.

The right side of the document features four handwritten signatures, each placed above a horizontal dotted line. From top to bottom, the signatures correspond to: M. Sc. Carlos Espinoza Zevallos (Asesor), Dr. José Gutierrez Alberoni (Presidente), Mg. Ariel Huarachi Loza (Miembro del Jurado), and M. Sc. Carlos Espinoza Zevallos (Miembro del Jurado). The signature of the VoBo (Director de la EPG-UNA) is not present.

DEDICATORIA

A MI ESPOSO POR SU VALIOSO APOYO

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros que con sus sabios conocimientos nos guiaron en estos años de maestría.

A mis asesores: M. Sc. Carlos Espinoza Zevallos e Ing. Edgard Calderòn por sus consejos y apoyo en la culminación del presente trabajo.

A las personas que colaboraron con realizar las encuestas y nos brindaron el apoyo necesario para la realización del presente trabajo.

Blanca.

INDICE

PRIMER CAPÍTULO

ASPECTOS TEÒRICOS METODOLÒGICOS	1
1. Aspectos teòricos	1
1.1. Planteamiento del problema objeto de estudio	1
1.2. Formulaciòn del problema	3
1.3. Antecedentes de la investigaciòn	4
1.4. Justificaciòn	10
1.5. Marco teòrico y conceptual	12
1.5.1. Depresiòn	12
1.5.2. Tipos de depresiòn	27
1.5.3. Variables sociodemogràficas	31
1.5.4. Personalidad	32
1.5.5. Sistema de apoyo familiar	40
1.5.6. Apoyo social	42
1.5.7. Adaptaciòn social	48
1.5.8. Modelo gràfico de la relaciòn entre depresiòn y factores psicosociales	49

1.6.	Objetivos	49
1.6.1.	Objetivo general	49
1.6.2.	Objetivos específicos	49
1.7.	Hipótesis	50
1.7.1.	Hipótesis general	50
1.7.2.	Hipótesis específicas	50
1.8.	Operacionalización de variables	51
2.	Diseño metodológico de la investigación	52
2.1.	Niveles y dimensiones de análisis	52
2.2.	Unidades de análisis y observación	52
2.3.	Tipo de investigación	52
2.4.	Población y muestra de estudio	52
2.5.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	53
2.6.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	60

SEGUNDO CAPÍTULO

CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DEL DEPARTAMENTO DE PUNO.	61
2.1. Características geográficas	61
2.2. Características sociodemográficas	61

TERCER CAPÍTULO

RESULTADOS Y DISCUSIÓN	64
3.1. Variables sociodemográficas	64
3.2. Variables de personalidad	77

3.3.	Variables de los componentes del apoyo social familiar	81
3.4.	Variables del apoyo social	87
3.5.	Variables de la adaptación social	92

CUARTO CAPÍTULO

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

4.1.	Conclusiones	94
4.2.	Recomendaciones	96
4.3.	Bibliografía	98
4.4.	Anexos	108
4.4.1.	Formato de recepción de pacientes con intento suicida	109
4.4.2.	Anexo A.- Escala de Autovaloración de la Depresión de Zung	110
4.4.3.	Anexo B.- Inventario de Personalidad de Eysenck	111
4.4.4.	Anexo C.- Sistema de Apoyo Social Familiar	113
4.4.5.	Anexo D.- Escala de Autovaloración de Adaptación Social	114
4.5.	Adenda	116

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, explicativo, cuantitativo, transversal correlacional por estratificación en los barrios de Chejoña, Vallecito, 4 de Noviembre y José Antonio Encinas de la ciudad de Puno, durante los meses de Junio, Julio, Agosto y Setiembre del 2005 con la finalidad de establecer y valorar la relación entre la depresión y los principales factores psicosociales que intervienen en ésta, mediante la prueba estadística del ji cuadrado. Se estudió una muestra de 154 personas, estableciéndose que existe 34.4 % de personas sin depresión y 65.5 % de personas con algún tipo de depresión, correspondiendo: 30.5 % a depresión leve, 26.6 % a depresión moderada y 8.4 % a depresión grave. En los casos de depresión, encontramos que presentan algún grado de depresión, 37.6 % de mujeres y 27.9 % de hombres. El grupo etario más afectado es el de 21 a 30 años. El 38.3 % son estudiantes. El 29.8 % son solteros. El 38.3 % tienen nivel de instrucción superior. El 27.1 % presentan rasgos de personalidad anormal. El tipo de familia es nuclear en 36.3 %, compuesta en 22.7 %, incompleta en 17 %. La dinámica familiar es armónica en 44.7 %, inestable en 12.9 %, conflictiva en 7.7 %. El 57.2 % de pacientes cuentan con una actitud familiar frente al paciente de aceptación y comprensión. El 51.9 % cuentan con una relación vecinal de aceptación y comprensión. El 52.6 % cuentan con un soporte familiar a cargo de la familia de origen. El 48.7 % cuentan con una red social familiar. El 39.6 % cuentan con una interacción social presente. El 25.3 % cuentan con una interacción social eventual. El tipo de apoyo

social percibido es de apoyo emocional en el 23.4 %, socialización en el 16.8 % y consejo – ayuda en el 14.8 %.

Palabras clave: Depresión, factores psicosociales

ABSTRACT

It was realized a descriptive, explicative, quantitative, transversal, correlational by stratification in the Chejoña, Vallecito, 4 de Noviembre and José Antonio Encinas neighborhoods at Puno City, during the months of June, July, August and September of 2005. The purpose was to establish and evaluate the correlation between the depression and his main psycho-social factors, through the square chi statical test. The population studied was composed of 154 individuals, it was established that the 34,4 % were free of depression, the 65,5 % have some degree of depression, specifically mild depression (30,5 %), moderate depression (26,6 %) and severe depression (8,4 %) Between the individuals with some degree of depression it was found that the women represent the 37,6 % and the men 27,9 %, the age group most affected was the 21 to 30 years old group. The principal occupation was student (38,3 %), the 29,8 % was singles, the 38,3 % have a superior degree of instruction, 27,1 % have a abnormal trait of personality. The nuclear family type was predominant (36,3 %), composite 22,7 % and incomplete 17 %. The familiar dynamic was harmonic in 44,7 % of the cases, unstable 12,9 %, conflictive 7,7 %. A 57,2 % of the patients have a understanding familiar attitude, 51,9 % a neighborhood understanding attitude. A 52,6 % have a familiar support environment, 48,7 % have a socio-familiar background, 39,6 % have actual social interaction, 25,3 % have eventual interaction. The social support percived was the emotional (23,4 %), social (16.8 %) and counseling-helping (14.8 %).

Key words: Depression, psycho-social factors

INTRODUCCIÒN

A lo largo de la vida y de las diferentes etapas de la existencia se manifiestan diversos estados de ànimo. La gran frecuencia con la que el ser humano padece de tristeza que el lego muchas veces denomina depresiòn, sin llegar al concepto mèdico que implica una enfermedad del estado de ànimo, plantea cuestiones que inciden en grado notable en la salud pùblica y que se refieren sobre todo al tratamiento adecuado, ya que muchas veces la persona que padece una patologìa depresiva no llega a la consulta con el mèdico.

La depresiòn se presenta con mayor frecuencia como un trastorno recurrente que puede manifestarse a lo largo de la vida por medio de numerosos episodios. El costo en tèrminos econòmicos es alto, pero el costo en tèrminos de sufrimiento es incalculable. Los trastornos depresivos interfieren con el funcionamiento cotidiano de las personas, causan dolor y sufrimiento no sòlo a los que la padecen sino tambièn a sus seres queridos, sin embargo, la mayoría de personas no busca tratamiento, aùn cuando en la gran mayoría este sufrimiento puede ser evitado

La depresiòn desde el punto de vista de la clínica psiquiàtrica se puede categorizar como síntoma, como síndrome o como entidad nosològica (depresiòn enfermedad). Para delimitar la naturaleza mòrbida del fenòmeno depresivo anormal de la vivencia natural y comùn de cualquier variaciòn normal del estado de ànimo motivado por circunstancias vitales, se recurre a la intensidad de la vivencia, la duraciòn

del estado, los rasgos de personalidad y la historia vital y los factores desencadenantes, que pueden englobarse con el nombre de factores psicosociales.

Se acepta que la etiopatogenia de la depresión es multifactorial, existiendo factores genéticos – biológicos, y también factores psicosociales que incluyen variables sociodemográficas, la personalidad, la familia, la dinámica familiar, las relaciones vecinales, los acontecimientos vitales, el soporte social o apoyo social, y la adaptación social, entre otras.

En el presente trabajo nosotros incluimos en el estudio de la depresión los principales factores psicosociales como: Los sociodemográficos donde se incluyen la edad, el sexo, la ocupación, el estado civil, y el grado de instrucción. Los rasgos de personalidad. El tipo de familia, la dinámica familiar, la actitud de la familia frente al paciente, el soporte familiar. Las relaciones vecinales. La red social, la interacción social, el apoyo social percibido, el soporte instrumental y la adaptación social. Para determinar la prevalencia de la depresión en la ciudad de Puno y cual es su correlación con estos factores psicosociales, por que, consideramos que estos factores contribuyen a establecer mecanismos que influyen en las relaciones interpersonales que finalmente concurren en constituir recursos sociales, aportados por el individuo o por otras personas, incluida la familia, e influyen en el afrontamiento individual o colectivo de los diversos eventos cotidianos o hechos sociales y pueden influir positiva o negativamente en los individuos y en el afrontamiento de la depresión.

PRIMER CAPÍTULO

ASPECTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS

1. ASPECTOS TEÓRICOS

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA OBJETO DE ESTUDIO.

La depresión es un trastorno mental que pertenece al grupo de los trastornos afectivos, que más frecuentemente se presenta y una de las fuentes más importantes de sufrimiento humano, que muchas veces no recibe tratamiento adecuado y especializado desde el inicio de su presentación, si no, más bien, después que ha transcurrido un tiempo valioso en que los pacientes acuden de un médico a otro para mitigar su sintomatología, y es que alrededor de la mitad de todas las depresiones vistas inicialmente por los médicos de atención primaria presentan formas en las que predominan los síntomas somáticos, como por ejemplo, dolor crónico, cefalea, mareo, vértigo, dolores vertebrales regionales, neuralgia, trastornos del sueño, trastornos del apetito y otra sintomatología orgánica, siendo tratados de esta forma sin tener en cuenta que realmente se trata de un cuadro depresivo enmascarado conocido como “depresión enmascarada o equivalente depresivo” perdiendo generalmente de uno a dos años de tratamiento antidepresivo especializado. La mayoría de

las personas deprimidas no buscan tratamiento para la depresión sino que la enmascaran en otras patologías y su adaptación va a ser diferente en cada individuo.

La depresión como trastorno mental y la depresión enmascarada o equivalente depresivo, es, según la mayoría de autores, el cuadro afectivo más frecuente, tanto en atención primaria, como en atención especializada, y está relacionada con una serie de alteraciones sociales, familiares, laborales, físicas, psicológicas y conductuales que van a influir en forma negativa en los individuos, disminuyendo todas sus capacidades personales y su adaptación social.

El riesgo de desarrollar un trastorno depresivo en la población general puede ser hasta de 30%. En el Perú es de 22.9%, con una tendencia a ser mayor en las décadas actuales – tendencia que también se está dando a nivel mundial -. En Lima, se encontró 31.3 % de depresión, en pacientes de 20 a 80 años, en el año de 1986. En Tacna se encontró 53 % de síndrome depresivo en pacientes ambulatorios de medicina interna en el año de 1997, y en Puno, se encontró 68,5 % de pacientes ancianos con depresión, en el año; 2000 lo cual constituye un problema de salud mental.

La depresión es un factor causal de un número no cuantificable de pérdida de horas laborales por ausentismo, ineficiencia e incapacidad en el trabajo, en la escuela y en el hogar. Algo que es difícil de medir son las horas de infelicidad y sufrimiento consecutivo a la depresión, sin embargo, podemos medir los factores psicosociales, la motivación y el comportamiento social del paciente con depresión, así como investigar la perspectiva del paciente en cuanto a la percepción de sí mismo y su entorno y evaluar el funcionamiento o adaptación en la depresión.

Los factores psicosociales van a influenciar en forma positiva o negativa en la salud mental individual y colectiva de la población. Un indicador de una inadecuada salud mental es la presencia de patología psiquiátrica, en este caso, de depresión.

Los factores psicosociales son múltiples y nosotros tomamos algunos de ellos que consideramos importantes como los sociodemográficos que obviamente tiene influencia en la depresión, también la personalidad del sujeto, por que consideramos que, en general, un sujeto con una personalidad más madura dispondrá de más y mejores estrategias para afrontar “situaciones conflictivas” (depresión) que un sujeto con problemas o trastornos de personalidad que se encontrará más fácilmente desbordado ante las mismas situaciones.

También consideramos las relaciones familiares, las relaciones vecinales, el apoyo social y la adaptación social que constituyen recursos sociales de los que disponen los individuos para modular la influencia de los comportamientos negativos, en este caso de la depresión y que van a variar respecto a su entorno. De acuerdo a la experiencia diaria se ve que cuando una persona deprimida cuenta con más recursos sociales, la depresión va a ser mejor tolerada, por que los recursos sociales actúan neutralizando o contrarrestando este acontecimiento negativo.

Por esto, nosotros nos proponemos describir como los factores psicosociales influyen en la depresión y teniendo en cuenta las consideraciones señaladas líneas arriba, nos planteamos las siguientes interrogantes:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

PREGUNTA GENERAL

¿En qué medida los factores psicosociales contribuyen a modificar la depresión en la población urbana, en la ciudad de Puno?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

¿Cuál es la relación entre depresión y las variables sociodemográficas, en la población urbana en la ciudad de Puno?

¿Cuál es la relación entre depresión y los rasgos de personalidad, en la población urbana en la ciudad de Puno?

¿Cuál es la relación entre depresión y los componentes del apoyo familiar-vecinal en la población urbana en la ciudad de Puno?

¿Cuál es la relación entre la depresión y los componentes del apoyo social, en la población urbana en la ciudad de Puno?

1.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

EL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA DE MARYLAND, ESTADOS UNIDOS, EL AÑO DE 1993, estudió la atención primaria en la depresión, en la población general, llegando a la conclusión de que el apoyo social es importante como factor protector de la depresión y que la ausencia de apoyo social es un factor de vulnerabilidad para desarrollar episodios depresivos (PUBLIC HEALTH SERVICE: 1993) (63)

INVESTIGACIONES REALIZADAS EN DIVERSAS LATITUDES, utilizando diferentes test para depresión, dentro de ellos el PSE (Present State Examination) y el DSM-IV, muestran prevalencias diversas, de acuerdo con el lugar donde se realizan. Así en

Uganda se estima que un 18.9 % de la población podría tener depresión en un momento dado, mientras que este porcentaje disminuye a 7.4 % en Atenas, 7 % en Camberwel y 4.6 % en Finlandia (13,37). Los altos niveles de depresión en Uganda y en otros países del tercer mundo los explican los autores por problemas en la aplicación de las escalas, la inseguridad vivida, la alta prevalencia del uso de alcohol y la falta de disponibilidad de tratamiento (13, 14, 38, 43). Los datos más recientes en Colombia corresponden a la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas de cuyo análisis se desprende que un 11.8 % de la población presenta depresión leve y un 4 % depresión moderada a severa.

Según las proyecciones de la **SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA**, dentro de 20 años, la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo, después de las afecciones cardiovasculares, lo cual constituye un verdadero y grave problema de salud mental (62).

ROSELLÒ, Luisa; MARTINEZ, Nieves: “Relación entre Funcionamiento Familiar y Depresión”, 1995. En una muestra de 265 estudiantes portorriqueños del área metropolitana, con edades de 9 a 20 años, se utilizaron como instrumentos el Inventario de Depresión para Niños (CDI), el de Funcionamiento Familiar (FAM) y la Escala de Envolvimiento Emocional y Crítica Familiar (FEICS). Los resultados indicaron una correlación alta y significativa entre sintomatología depresiva y funcionamiento familiar pobre; las áreas de comunicación, involucramiento emocional y cumplimiento de tareas en la familia se identificaron como las variables de mayor valor predictivo de sintomatología depresiva (56).

MORLA B. Ricardo; SAAD DE JANON, Emma: “Depresión en Adolescentes y Desestructuración Familiar en la Ciudad de Guayaquil Ecuador”. El estudio se llevó a cabo a través de una revisión de 1045 historias clínicas de adolescentes que fueron atendidos en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil. Entre los resultados se encontraron que las patologías más frecuentes fueron encontradas en adolescentes provenientes de familias desestructuradas y correspondieron a los diferentes trastornos depresivos (22.9 %), y la relación de estos trastornos según el género correspondió a 3:1 para adolescentes de sexo femenino, además, variables como sexo y escolaridad son prácticamente dependientes a todo nivel de significación estadística (48).

LARA Asunción. “Estudio Transcultural de la Personalidad en México 1989” Utilizaron como muestra 474 varones y 514 mujeres, como instrumento utilizaron el Inventario de la Personalidad de Eysenck, concluyeron que los hombres obtuvieron menor calificación en la dimensión del neuroticismo y las mujeres mayores calificaciones (35).

ORTEGA SOTO H.; “La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón Salud Mental 1995”. En este estudio se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (IDB) para detectar los casos que tenían algún síndrome depresivo, en una muestra aleatoria, proporcional por sexo y carrera, del Plantel Aragón de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de la Universidad Nacional Autónoma de México. Del total de 1026 sujetos evaluados (10 % de la población total), 378 eran mujeres y el resto hombres. Utilizando el punto de corte > 14 puntos para considerar la presencia de un síndrome depresivo, se encontró una prevalencia general de 11.8 %: 69 hombres y 51 mujeres; la diferencia no fue significativa. Tampoco se encontraron diferencias en la prevalencia entre los sujetos de las diferentes carreras que se

imparten en el plantel. Los resultados concuerdan con los de otros estudios en el que la frecuencia de los cuadros depresivos en la población universitaria es alta (52).

SALAZAR Víctor y ALARCÓN: “Personalidad en Jóvenes Universitarios que viven a diferentes altitudes, 1993” Utilizó una muestra de 140 estudiantes y concluyó que no muestran diferencia en cuanto a los rasgos de neuroticismo, pero presentaron introversión en un 86 % y un 14 % rasgos de extroversión (58).

ANTECEDENTES NACIONALES

ROJAS H, Edgard “Influencia de la Depresión en la Recuperación Física de los Pacientes con Secuela Motora de Enfermedad Vascul ar Cerebral, Hospital Guillermo Almenara Irigoyen 1999-2000”. Estudió 180 pacientes con secuela motora de EVC siendo evaluados clínicamente para determinar la presencia de depresión y sometidos a estudio mediante la Escala de Evaluación de Hamilton para la Depresión, y su limitación para las actividades de la vida diaria mediante el Índice de Barthel, al mes y a los dos meses de ocurrida la enfermedad, luego de recibir terapia de rehabilitación. Se encontró que 66.7 % de pacientes presentaban depresión al mes de ocurrido el episodio y que este porcentaje disminuyó a 33.8 % a los dos o tres meses de tratamiento. El 71 % de pacientes fueron dependientes en sus actividades de la vida diaria al mes de ocurrido el EVC, reduciéndose al 60 % a los dos o tres meses de enfermedad, luego de recibir terapia de rehabilitación (55).

CORNEJO A., María “Depresión en Pacientes Ambulatorios de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 1997”. Encontró una prevalencia de síndrome depresivo del 53 % en pacientes en general, mayores de 14 años, que acudieron al

Consultorio Externo de Medicina por diversa patología; este síndrome depresivo comprendía la presencia de algún signo o síntoma depresivo en el paciente. Utilizó la Escala de Depresión de Zung y el Examen Semi estructurado del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (12).

MONTOYA, A.; PERALES, A.; SOGI, C.: “Estructura Social y Recursos de Salud en la Explicación de las Tareas de Morbilidad Psiquiátrica Lima 1986”. En Lima, en personas de 20 a 80 años, encontró una incidencia de depresión de 31,3 % (46).

FERNANDEZ ANAN, Alberto. “Cuando la Mente Enferma”. En Julio del 2000 publica un Boletín Informativo en Internet de un estudio realizado en el Hospital Víctor Larco Herrera de Lima, donde encuentra un 15 % de depresión debido a alteración de neurotransmisores (22).

CÁRDENAS ROSAS, Marco et al. “Despistaje de Depresión en Estudiantes Universitarios de los dos primeros años de la Facultad de Medicina (UNMSM-LIMA) 2000”. Se encuestaron 339 estudiantes universitarios, de los cuales se obviaron 33 por carecer de datos de edad, sexo o ambos; los 306 restantes constituyen la muestra. La edad mediana fue 19 años en el primero y 20 en el segundo año (rango de 16 a 41 años). Se incluyeron 198 mujeres (64.71 %) y 108 varones (35.29 %). La distribución por año fue similar. Se encontraron 45 casos (14.71 %) de “depresión mayor” (Escala de Hamilton con puntaje >16), de los cuales 20 fueron varones y 25 mujeres; 123 casos (40.2 %) de “depresión menor” (Escala de Hamilton de 8 a 15) de los cuales 42 fueron varones y 81 mujeres. El resto se le encontró normal, de acuerdo a la Escala de Hamilton. Conclusiones: La población adulta joven es una población en riesgo de presentar trastorno depresivo. Hay mayor presencia de puntajes altos de depresión en mujeres (9).

RAMOS AGUIRRE Angel; et al.: Perfil de Personalidad de Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia 2001". Se evaluaron 334 estudiantes mediante el Cuestionario de Evaluación de la Personalidad Normal NEO-PI-R. Los resultados demuestran que las mujeres tienen mayores niveles en extroversión, apertura a la experiencia y agradabilidad. Existe asociación entre la edad del estudiante y el factor extroversión y las facetas ansiedad, asertividad, búsqueda de emociones, emociones positivas, valores, aspiraciones de logro y autodisciplina. Los estudiantes limeños tienen mayores niveles de apertura a la experiencia y en las facetas calidez, fantasía y sentimiento. Existen diferencias entre los cuatro años de estudios de la carrera de medicina en neuroticismo y conciencia. Los estudiantes de medicina menores de 21 años presentan menores niveles en neuroticismo, extroversión, apertura a la experiencia y agradabilidad, y mayores niveles en conciencia, al comparar con la población norteamericana. Conclusiones: Ciertas características personales y académicas están relacionadas a las características de la personalidad (53).

ANTECEDENTES LOCALES

CHURACUTIPA H. Genoveva: "Influencia de Factores Sociales en el Grado de Depresión en Estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UNA-Puno 1998". De una población de 210 alumnos de enfermería, se encontró que la depresión leve está presente en mayor porcentaje en las estudiantes del 1º nivel y las alumnas del 4º nivel presentan depresión grave. Se comprobó que los factores sociales (sexo, estado civil) influyen en el grado de depresión (17).

CANCHA G: Miguel: “Factores Asociados a Depresión en Pacientes Hospitalizados en el Hospital Manuel Nuñez Butrón, Abril-Junio 2003”: La prevalencia de depresión en 321 pacientes mayores de 15 años hospitalizados en los diferentes servicios del Hospital, en el trimestre Abril-Junio 2003 fue de 76.3 % según la Escala de Depresión de Zung, con un nivel de significancia del 0.05, lo que expresa alta prevalencia. En cuanto al sexo femenino presenta depresión un 45.5 %, y el masculino 30.8 %. El grupo etario donde se evidencia mayor prevalencia de depresión se encuentra entre 15 a 30 años. Mayor grado de depresión en instrucción secundaria, ocupación estudiantes, condición socioeconómica regular y enfermedades crónicas (8).

CHAMBILLA F. Amelia: “Tipo de Personalidad y Grado de Depresión que desarrollan los Estudiantes de Medicina de la UNA Puno”. La población de estudio fue de 193 estudiantes, de los cuales 32.6 % presentaron depresión leve, 32.1 % depresión moderada y 9.8 % depresión severa (15)

MELLENDEZ A., Javier: “Prevalencia de Depresión y Factores Asociados en Ancianos Residentes en la Ciudad de Puno – Julio 2000” Encuentra que en 372 personas ancianas existe una prevalencia de depresión del 68.5 %, Emplea la Escala de Zung para Depresión (41).

Como vemos se ha hecho muy poco en este tema de investigación, tanto a nivel nacional como a nivel local, lo que me impulsa a realizarlo.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Durante la práctica médica nosotros encontramos que la depresión es el más común de los trastornos psiquiátricos en la consulta externa, en las salas de hospitales generales y también en la consulta privada. Se estima que las posibilidades que una persona tiene de

desarrollar un trastorno depresivo durante su vida varían entre 8% y 30%. Según la Organización Mundial de la Salud, hay en el mundo 100 millones de personas deprimidas. Sin embargo, solamente una proporción pequeña recibe tratamiento médico adecuado o especializado por no ser reconocidas ni por el médico ni por el enfermo.

La alta prevalencia de la depresión en la población general: hasta 30%, sobre todo de las formas “enmascaradas o equivalentes”, las que en su mayoría son tratadas por médicos generales, por médicos especialistas no psiquiatras o no reciben tratamiento, constituye un problema de salud mental que debe ser investigado sobre todo en nuestro medio, donde no existe trabajos publicados al respecto.

Como factores psicosociales hemos enfatizado en los sociodemográficos; la personalidad; el tipo de familia, la dinámica familiar, las relaciones vecinales; el sistema de apoyo social y la adaptación social por que consideramos que estos factores contribuyen a establecer mecanismos que influyen en las relaciones interpersonales que finalmente concurren en constituir recursos sociales, aportados por el individuo o por otras personas, incluida la familia, e influyen en el afrontamiento individual o colectivo de los diversos eventos cotidianos o hechos sociales y pueden influir positiva o negativamente en los individuos y en el afrontamiento de la depresión.

La importancia del presente trabajo de investigación radica es que contribuirá a determinar la prevalencia y los tipos de depresión en la población urbana de la ciudad de Puno y cómo es su relación con los diferentes aspectos psicosociales, preferentemente con las variables sociodemográficas, los rasgos de personalidad, el apoyo social – familiar y la adaptación social. También contribuirá a identificar, en la población urbana de Puno, la presencia de otras variables que pueden intervenir en la relación depresión – factores psicosociales. También contribuirá a precisar indicadores y criterios de intervención

preventiva en la población urbana de Puno respecto a la depresión y a delimitar grupos de riesgo propios de nuestra realidad, localidad y región, así como poder extrapolar estos resultados a poblaciones con características muy similares. También contribuirá con la elaboración de información científica que será volcada a la población urbana de Puno para su beneficio, por ejemplo, contribuirá en sensibilizar a la población para que reconozca e inicie un tratamiento precoz de la depresión, se dará pautas para mejorar los aspectos psicosociales, la salud mental, el apoyo social - familiar y el establecimiento de una adecuada red de apoyo social en la población puneña.

1.5. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

1.5.1. DEPRESIÓN

Como ocurre con otros fenómenos psicopatológicos, el término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma puede acompañar a otros trastornos psíquicos, como los trastornos de angustia; como síndrome agrupa a una serie de signos y síntomas caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital; y como enfermedad, desde la óptica del modelo médico, se observa como un trastorno de origen biológico, en el que puede delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico. La escasa precisión de los términos y conceptos obliga a que en determinadas áreas (p. ej., estudios epidemiológicos) se distingan tres grupos de estados afectivos claros: síntomas depresivos (presentes incluso en población normal), depresiones endógenas y depresiones psicógenas (VALLEJO: 2002) (65). Excluyendo las depresiones de causa orgánica, se diferencian dos tipos fundamentales de depresión: a) Depresiones endógenas (bipolares y unipolares) y b) Depresiones psicógenas. Las primeras constituyen un grupo más delimitado clínicamente, aunque el

conjunto de datos avala la distinción entre bipolares y unipolares, mientras que las segundas, más heterogéneas, se extienden a través de un amplio espectro que enlaza con los trastornos de angustia, con las cuales mantienen indudables conexiones. La causa de ambos tipos de depresión es sustancialmente distinta, ya que, mientras los factores biológicos son básicos en las depresiones endógenas, la conflictiva psicológica es el núcleo etiológico de las depresiones psicógenas.

A continuación presento las principales teorías etiopatogénicas que permiten entender las causas fisiológicas y psicológicas de la depresión y posteriormente definiré los grados de depresión: leve, moderado y grave.

TEORÍAS ETIOPATOGÉNICAS DE LA DEPRESIÓN

TEORÍA GENÉTICA.- Existen datos suficientes que avalan una participación genética en los trastornos afectivos, aunque quedan cuestiones por dilucidar, como el modo de transmisión. La síntesis sobre los estudios de gemelos realizados hasta 1979 (NURNBERGER: 1992) (51) sugiere un factor genético, ya que la concordancia en gemelos monocigóticos es del 65 % frente a la de los gemelos dicigóticos que sólo alcanza el 14 %. El riesgo de morbilidad en familiares de pacientes bipolares es el siguiente: padres: 12,1 %; hermanos: 21,2 % e hijos: 25,6 %. También el riesgo en familiares de enfermos unipolares es elevado, y similar en cuanto a padres: 22 % y hermanos: 18,6 % (MENDLEWICZ: 1998) (43).

Recientes datos del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos indican que un 25 % de familiares de probandos bipolares presentaban trastornos afectivos unipolares o bipolares, comparados con un 20 % de familiares de unipolares, 7 % de familiares del grupo control y 40 % de familiares de pacientes esquizoafectivos, lo cual

indica un aumento de riesgo según la gravedad del caso y un principio jerárquico en el que los familiares de esquizoafectivos padecen este trastorno, pero más probablemente formas afectivas unipolares o bipolares, y los familiares de bipolares, trastorno bipolar o más bien enfermedad unipolar, en tanto que los unipolares muestran alta incidencia sólo de trastornos monopolares entre los familiares de primer grado, si bien algunos unipolares están genéticamente relacionados con el trastorno bipolar (NURNBERGER: 1992) (51). Los estudios de adopción también son consistentes con la base genética, sobre todo en bipolares, aunque sin descartar posibles inferencias ambientales, que se relacionan más bien con la edad de inicio y la severidad del cuadro, pero no con la emergencia del trastorno afectivo (NURNBERGER: 1992) (51).

El modo de transmisión es controvertido. La revisión reciente y excelente de Fañanás et al (FAÑANÁS: 1996) (21) señalan la inexistente asociación entre trastornos afectivos y grupos sanguíneos, así como los confusos resultados con el sistema HLA y la haptoglobina –todavía en fase de estudio-, y con los nuevos marcadores del ácido dextrorribonucleico: DNA (gen del receptor D4, gen de la tirosin-hidroxilasa, gen de la monoaminoxidasa: MAO y sobre todo, los genes codificadores de receptores de serotonina: 5-HT, etc.), de todo lo cual todavía no se derivan datos concluyentes que confirmen alelos de susceptibilidad para los trastornos afectivos. Por otra parte, los análisis de ligamiento en los trastornos afectivos (marcadores clásicos como el sistema HLA en el cromosoma 6, el sistema sanguíneo ABO en el cromosoma 9 o la haptoglobina en el 16; marcadores controvertidos del cromosoma X, cuya mayor evidencia es el ligamiento entre trastorno bipolar y la zona Xq28; marcadores también confusos del cromosoma 11, región p15, q18 y q21, y el trastorno bipolar, a través del estudio con los amish de Pensilvania) no permiten todavía extraer conclusiones definitivas, porque los trastornos afectivos son

enfermedades complejas cuyo patrón de herencia no sigue leyes simples ni permite definir totalmente el papel de la predisposición a la enfermedad o de los factores ambientales como desencadenantes de la misma (FAÑANÁS: 1996; DUFFY: 2000) (21, 19).

La depresión neurótica (distimia y las llamadas depresiones menores) tienen escasa base genética (NURNBERGER: 1992) (51).

Finalmente, los estudios comparativos con otras entidades muestran que los trastornos bipolares son independientes genéticamente de la esquizofrenia (LORANGER: 1981) (39) y de la paranoia (KENDLER: 1981) (32), lo cual revaloriza la definitiva posición de Kraepelin cuando independizó estas entidades (demencia precoz, psicosis maniaco depresiva y paranoia).

TEORÍAS FISIOLÓGICAS

Teoría Bioquímica

Este es uno de los campos más fructíferos de la investigación biológica, aunque los hallazgos no son concluyentes, dentro de esta tenemos:

- **La hipótesis noradrenérgica de la depresión**

La propugnó Schildkraut en 1965, según la cual los trastornos afectivos depresivos serían el resultado de un déficit central de noradrenalina, es una de las más conocidas y admitidas (SCHILDKRAUT: 1965; VALLEJO, J: 1999) (59, 64).

Diferentes datos apoyan la consistencia de esta teoría, especialmente la evidencia de que la acción antidepresiva-estimulante que puede conseguirse por diferentes vías (antidepresivos, terapia electroconvulsiva, dopa, anfetaminas, salbutamol) incrementa el nivel de noradrenalina, mientras que la depresión-sedación está relacionada con sustancias

(reserpina, alfa metil dopa, propranolol, alfa metil paratirosina), que producen disminución o bloqueo de la noradrenalina central.

Se ha concedido importancia al MHPG (3-metoxi-4-hidroxi-fenilgliol), metabolito de la noradrenalina cuyas concentraciones reflejan con cierta exactitud la actividad noradrenérgica central. En general los estudios al respecto detectan una clara disminución de MHPG urinario en depresivos bipolares y resultados más dispares cuando se trata de otro tipo de depresiones. Lo cierto es que respecto al MHPG y la supuesta predicción de respuesta a fármacos antidepresivos noradrenérgicos en depresivos de bajo MHPG es todavía contradictoria (GASTÓ: 1996) (26).

En la línea de la hipótesis noradrenérgica de la depresión, se han interpretado ciertos datos frecuentes en la depresión (hipersecreción de cortisol, descenso de la respuesta de la hormona del crecimiento a la hipoglucemia insulínica o a la clonidina, aumento del binding plaquetario de receptores presinápticos alfa-2. adrenérgicos, aumento de receptores beta adrenérgicos postsinápticos) como prueba de que un déficit en la actividad de los sistemas noradrenérgicos centrales, producido por la desregulación hipotalámica, sería la base de algunas depresiones endógenas. El ácido homovanílico (HVA) se ha encontrado significativamente descendido en depresiones caracterizadas especialmente por inhibición motora.

- **La hipótesis indolamínica**

Defendida por Coppen en 1965 es también importante y propugna en la depresión un déficit de serotonina (5-HT). Los datos más importantes proceden del estudio del 5 hidroxil indol acético (5-HIAA, metabolito de la serotonina) en el líquido cefalorraquídeo (LCR), medido directamente o a través de la prueba del probenecid (compuesto que bloquea la salida del 5-HIAA fuera del LCR). En ambas situaciones, el 5-HIAA es

bimodal, de forma que la disminución sólo ocurre en el 30 – 40 % de los pacientes con depresión endógena, los que precisamente tienen más conductas autoagresivas (MURPHY: 1965; MASS: 1975) (50, 40)

La mayoría de trabajos han confirmado la relación del descenso de serotonina con el nódulo sintomático suicidio-agresión-pérdida del control de impulsos. En sujetos con depresión grave, el descenso de 5-HIAA en LCR parece asociado a bajos valores de folato (GASTÓ: 1996) (26). Asimismo, alteraciones diversas del sistema 5-HT (disminución de 5-HT plaquetaria y plasmática, aumento de receptores 5-HT₂ postsinápticos en cerebro y plaquetas, disminución de binding H-imipramina en plaquetas y cerebro de suicidas, disminución de la respuesta de la prolactina a la fenfluramina y el triptófano) implican a la serotonina en los trastornos afectivos (VALLEJO, J: 1999) (64). Las recaídas depresivas producidas por dietas sin triptófano indican también un papel de la 5-HT y/o de otros neurotransmisores relacionados con la misma (MORENO: 1999) (47). Sin embargo, la serotonina está implicada en la regulación de varias funciones fisiológicas, aparte del humor (apetito, sueño, actividad sexual, dolor, ritmos cardíacos o temperatura) (MELTZER: 1987) (42), por lo que se han descrito trastornos de la 5-HT en una amplia variedad de patologías, además de los trastornos afectivos (trastornos obsesivos, conductas suicidas y heteroagresivas, trastornos de la alimentación, alcoholismo, crisis de angustia, trastornos atencionales, migraña, etc.) (LÓPEZ-IBOR: 1988) (38). Falta, pues, una especificación nosológica en los trastornos de la 5-HT, que más bien pueden referirse a dimensiones psicopatológicas, como descenso y desajustes de la agresividad o de los impulsos.

Finalmente, cabe indicar que la persistencia de bajo 5-HIAA tras la recuperación clínica en un número importante de pacientes (50 %) se ha interpretado como una

predisposición básica (marcador de rasgo) a padecer el trastorno, aunque en algunos pacientes puede ser un evento bioquímico asociado a la situación clínica (marcador de estado).

- **La hipótesis de la hipersensibilidad colinérgica**

Janowsky y colaboradores, en 1972, sugirieron que la actividad colinérgica central podría desempeñar un papel en la etiología de los trastornos afectivos, al descompensarse el equilibrio permanente colinérgico-adrenérgico a favor del primero en los pacientes depresivos y a favor del segundo (predominio adrenérgico) en los maníacos (JANOWSKY: 1988) (29). Esta hipótesis toma cuerpo en relación con el específico acortamiento de la latencia del sueño REM que se observa en depresiones endógenas, fase del sueño cuya relación con los mecanismos de actividad colinérgica es bien conocida, y a otros datos (síndrome inhibitorio-anérgico provocado por la fisostigmina que estimula la acetilcolina, alteraciones neuroendocrinas-elevación de CRH, betaendorfinas, ACTH o cortisol, similares a las de la depresión tras administración de agonistas colinérgicos en sujetos sanos) (VALLEJO: 2002) (65).

- **Hipótesis de la disfunción dopaminérgica**

Propuesta por Randrup en 1975, ha tenido menos repercusión, (esta hipótesis verificada a través del HVA en el LCR). En la manía y la depresión, de forma que la primera se asocia a una hiperactividad dopaminérgica y la segunda (sobre todo las depresiones inhibidas), a un descenso de dopamina central (JANOWSKY: 1988) (29). La euforia producida por psicoestimulantes y la eficacia de los mismos en algunas depresiones resistentes apoyan también la participación de la dopamina (GARLOW: 1999) (24).

En síntesis, las depresiones no constituyen un grupo bioquímicamente homogéneo, aunque un trastorno en el funcionalismo de las monoaminas cerebrales, de posible origen hipotalámico, parece evidente en las depresiones endógenas. Permanece incierto si en el futuro las hipótesis catecolamínica, indolamínica y colinérgica apuntadas permanecerán adscritas a diferentes grupos bioquímicos de depresión o se engazarán a través de un trastorno fisiológico común, en este momento desconocido. Lo evidente es que cada sistema neuroquímico no actúa independientemente, sino que, por el contrario, existen múltiples interacciones entre ellos, lo cual impide hacer una valoración simplista de esta cuestión (GARLOW: 1999) (24). Por otra parte, los estudios recientes sobre los cambios de sensibilidad en los receptores sinápticos abren un vasto y esperanzador campo de estudio, ya que se ha demostrado que los antidepresivos producen una hiposensibilidad del receptor beta adrenérgico postsináptico y del alfa 2 presináptico, así como hipersensibilidad del alfa 1 presináptico y posible subsensibilización de los receptores serotoninérgicos, fenómenos que acontecen a las dos semanas de tratamiento, coincidiendo con la latencia de acción clínica de los antidepresivos. Sobre la base de estos datos se establece la hipótesis acerca de la posibilidad de que en la depresión exista una hipersensibilidad de algunos receptores, que por un mecanismo de retroacción negativa produce la disminución de los neurotransmisores ya descrita.

- **Teoría Neuroendocrina**

Existen claras pruebas de que el complejo hipotálamo-hipofisario se encuentra alterado en las depresiones endógenas. Todas estas anomalías han sido relacionadas con aminas biogénas que de alguna manera controlan estas hormonas y los factores liberadores correspondientes (JANOWSKY: 1988) (29). Especial relevancia como marcador neuroendocrinológico ha tenido el test de supresión por dexametasoma (TSD), introducido

por Liddle en 1960 para el estudio de la enfermedad de Cushing y aplicado y estandarizado por Carroll, en 1981, en psiquiatría para el estudio de la melancolía. En un 25-40 % de estos pacientes no se produce la frenación normal de cortisol plasmático que acontece a las 16 horas de administrar 1 mg de dexametasona, de forma que la cortisolemia es superior a 5 ug/100 ml. Sin embargo, la especificidad para la melancolía detectada en los primeros trabajos y situada alrededor del 95 % ha disminuido notablemente (50 %), pues el TSD se ha encontrado alterado en varios trastornos psíquicos (catatonías, esquizofrenias, alcoholismo, trastorno obsesivo compulsivo, crisis de angustia, trastornos de alimentación, dolor crónico, etc.) y por varias circunstancias (benzodiacepinas, estrés, embarazo, mujeres normales -20 %-, pérdida de peso). No existe un perfil clínico diferencial entre depresivos supresores y no supresores, excepto los antecedentes familiares afectivos, las hipersomnias y las ideas de insuficiencia, más frecuentes entre los no supresores (GAST: 1992) (25). Aunque el TSD no ha cumplido las expectativas iniciales de ser un marcador diagnóstico depurado de melancolía, sigue siendo un elemento de investigación y una prueba complementaria diagnóstica, si bien algunos puntos, como la posible predicción de respuesta según el TSD basal, no han sido confirmados (RIBEIRO: 1993) (54) y otros, como la relación de persistentes anomalías del TSD y la recuperación clínica incompleta y las recaídas, están bien consolidadas.

Otro marcador neuroendocrino es el test de estimulación de TSH por TRH. En un 25-30 % de depresivos endógenos unipolares se aprecia un aplanamiento de la respuesta normal de TSH. En un 50 % de casos la mejoría clínica no se correlaciona con la normalización del test y se liga a mayor riesgo de recaídas. El test del TSH-TRH puede alterarse según ciertas variables (edad, sexo, litio, trastornos endocrinos, renales o hepáticos) y en patologías diversas (alcoholismo, manía, anorexia, dolor crónico, trastorno

límite de la personalidad), refiriéndose a alteraciones centrales del eje hipotálamo-hipofisario y más recientemente a hiporregulación de los receptores de TRH de la hipófisis

- **Teoría Neurofisiológica**

Tiende a señalarse en las depresiones un estado de hiperactivación neurofuncional, secundario en parte a la acumulación de sodio intraneural, lo cual facilita la descarga del potencial de membrana neuronal.

Los parámetros de actividad vegetativa apuntan hacia dos tipos de depresiones, desde el punto de vista psicofisiológico, las inhibidas y las agitadas o ansiosas. En la misma línea cabe destacar la escasa reactividad e incluso arreactividad de los depresivos, especialmente los inhibidos, frente a los estímulos externos. Aunque el electroencefalograma (EEG) convencional no ha proporcionado resultados convincentes, la reciente computoelectroencefalografía abre un panorama más alentador incluso en la predicción de respuesta.

Por otra parte, los resultados de los potenciales evocados, más allá de aumentos de latencias y disminución de amplitudes, heterogéneas y relacionadas con variadas funciones cognitivas y no con déficit específico, son todavía confusos y abiertos a investigaciones que los relacionen con aspectos psicopatológicos concretos (VALLEJO: 2002) (65).

El estudio del sueño es importante en este campo, ya que ha detectado un perfil específico de los depresivos endógenos (VALLEJO: 1999) (64).

- **Teoría Neuroanatómica**

FLOR-HENRY: 1983 (23) sugirió disfunciones en las regiones frontales anteriores y temporales del hemisferio no dominante. La desconexión interhemisférica se ha confirmado en otros trabajos (KINSBOURNE: 1988) (34) y apunta hacia una desorganización del hemisferio no dominante, de forma que el déficit de diversas funciones

(atención, abstracción, memoria, aprendizaje no verbal) podría ser consecuencia de una disfunción de las regiones frontotemporales (SACKEIM: 1988) (57). Trabajos recientes, que implican estudios de imagen cerebral (tomografía computarizada, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones) y/o neuropsicología confirman que en la depresión existen disfunciones en zonas del sistema límbico, córtex prefrontal (hipofrontalidad) y temporal (amígdala), ángulo anterior y núcleo caudado (D'HAENEN: 1997) (18.), especialmente en depresivos severos o bipolares con sintomatología psicótica, en los que se han constatado anomalías neuroanatómicas (aumento de los ventrículos cerebrales), similares a las de los esquizofrénicos (ELKIS: 1995) (20), que sugieren disfunciones del circuito córtico-límbico-estriotalámico (VALLEJO: 2002) (65).

TEORÍAS EXPERIMENTALES

Teoría Conductista

Desde el ámbito del conductismo también se han esbozado diferentes hipótesis explicativas de conducta depresiva. Posiblemente, el fenómeno denominado learned helplessness (desesperanza aprendida o indefensión) es uno de los que mejor se ajusta al paradigma conductista de la depresión. En efecto, Seligman y su equipo de la Universidad de Pennsylvania (SELIGMAN: 1981) (60) descubrieron en 1967, mientras estudiaban una teoría particular de aprendizaje en perros, un fenómeno que denominaron learned helplessness (VALLEJO: 2002) (65). El paradigma experimental conlleva dos fases: durante la primera el perro sufre una repetida estimulación aversiva (choques eléctricos), pero se le impide cualquier respuesta que pueda aliviar o evitar tal estimulación. Durante la segunda fase se despoja al animal del collar que le impide moverse y huir del estímulo punitivo, de tal manera que se le permite desplazarse y evitarlo. Curiosamente, en contra de

lo que haría un animal sin ataduras no sometido a estímulos previos, el perro acepta pasivamente la experiencia traumática, de manera que parece haber perdido las reacciones adaptativas que le permitirían escapar de la experiencia aversiva. Sin que puedan extrapolarse al hombre los resultados obtenidos en esta experiencia, es indudable que la pasividad, la falta de agresividad, la inhibición social, la pérdida de apetito y peso, etc., que se observan en estos animales, son aspectos que recuerdan los aspectos psicopatológicos de la depresión humana.

Observemos que la desesperanza aprendida describe un estado caracterizado por la ausencia de conductas adaptativas porque no reconoce la relación entre unas determinadas respuestas (adaptativas) y un alivio de los estímulos aversivos. Aunque este fenómeno ha sido poco estudiado experimentalmente es el caso del hombre, se ha sugerido que en la depresión humana se recoge una historia existencial caracterizada por un relativo fracaso sistemático en ejercer control sobre los reforzadores ambientales, lo que lleva a una situación permanente de frustración. Para Seligman la depresión sobreviene cuando el sujeto se percibe a si mismo como perdiendo todo control sobre tales situaciones externas reforzadores, lo cual le lleva a las vivencias de inseguridad, pasividad y desesperanza, que son características de la depresión. En este sentido la falta de agresividad observada frecuentemente en muchos depresivos podría interpretarse como un síntoma derivado de las vivencias de impotencia y desesperanza. Como puede observarse, este modelo conductual implica aspectos cognitivos, sociológicos y existenciales, aunque desde un modelo de estrés-vulnerabilidad esta teoría implique cuestiones neuroquímicas (VALLEJO: 2002) (65).

Los distintos modelos experimentales, aplicables a las depresiones neuróticas, pueden sintetizarse en los siguientes procesos (COTTRAUX: 1981) (14): a) disminución

en la cantidad o frecuencia del refuerzo positivo; b) aprendizaje social por imitación; c) desesperanza aprendida (indefensión), y d) control por los estímulos (un dato, evento, lugar, etc., pueden presentar un estímulo discriminativo simbólico que entrañe respuestas depresivas). Por otra parte, el refuerzo social y el aislamiento sitúan al paciente en la espiral del no refuerzo mutuo, lo que contribuye al mantenimiento del estado patológico.

Teoría Cognitiva

Beck en 1964 ha destacado los aspectos cognitivos de la depresión que en su opinión son la base del trastorno afectivo. En este sentido un estilo cognitivo alterado caracterizado por expectativas negativas respecto al ambiente, sería junto con la desesperanza aprendida y la incapacidad el núcleo de la depresión humana e incluso el estilo de pensamiento de la personalidad depresiva. Así pues, una concepción peyorativa de sí mismo, interpretaciones negativas de las experiencias propias y una visión pesimista del futuro constituirían la tríada cognitiva básica del paciente depresivo, que queda reforzada por otros elementos cognitivos (emergencia de pensamientos negativos, automáticos, errores sistemáticos en la percepción y el procesamiento de la información, y suposiciones disfuncionales básicas y tácitas, en forma de esquemas o creencias centrales) (BECK: 1964) (3).

Para Akiskal y McKinney, la estimulación aversiva crónica y la pérdida de refuerzo y control sobre sí mismo son conceptos que se solapan, ya que describen un estado de impotencia y desesperanza derivado de las relaciones interpersonales. En general se tiende a considerar que las técnicas psicoterápicas basadas en el modelo cognitivo de estos trastornos son útiles en las depresiones neuróticas, pero ineficaces en otras depresiones más graves de tipo endógeno (AKISKAL Y MCKINNEY: 1973) (1).

Como complemento de las teorías anteriores (conductista y cognitiva), se encuentran las experiencias de Harlow y Harlow en 1996 sobre privación social en primates. Las consecuencias de la separación, parcial o total, de congéneres afectivamente importantes (madre, compañeros, etc.) provocan en el animal un estado de inhibición motora y conductual en general: trastornos del sueño, pérdida de apetito y disminución de peso (HARLOW: 1996) (27). Tales hipótesis, han dado lugar a varios estudios basados en la separación (muertes, ausencias, abandonos, etc.).

Las conclusiones que se desprenden de trabajos sobre el tema, procedentes tanto de la investigación animal como humana, son en opinión de Akiskal y McKinney las siguientes: a) los eventos de separación figuran de forma permanente entre los posibles estresores precipitantes de la depresión; b) probablemente no son específicos respecto del padecimiento depresivo; c) la separación no es causa suficiente para la depresión porque muchos sujetos que aparentemente la sufren no presentan un trastorno depresivo; d) tampoco la separación es un antecedente necesario para la depresión, por cuanto muchos depresivos no la han experimentado, y e) la separación puede ser la consecuencia y no la causa del trastorno depresivo (AKISKAL Y MCKINNEY: 1975) (2).

Teoría Psicodinámica

Los estudios clásicos de la escuela psicoanalítica, tienden a considerar la melancolía como una situación de “pérdida del objeto amado”. La depresión constituye un estado de duelo por el objeto libidinoso perdido, en el que se produce una internalización del instinto agresivo que, por alguna razón, no se dirige hacia el objeto apropiado. La retroflexión de la hostilidad se pone en marcha a partir de la pérdida de un objeto ambivalente amado. En el melancólico tal objeto es incorporado, según la actitud canibalista de la etapa oral, por lo que queda introyectado formando parte del propio sujeto que se encontraría, por tanto, en

un grave conflicto, por cuanto desarrolla su autoagresión contra un objeto internalizado con el que el yo se identifica (VALLEJO 2002) (65).

Teoría de los Acontecimientos de Vida y Soporte Social.

En los últimos años se ha intentado objetivar la importancia de los acontecimientos de vida y el soporte social en la etiopatogenia de la depresión. El trabajo de Brown y Harris en 1978 fue un punto de partida importante para desarrollar un modelo psicosocial de la depresión. En tal modelo se valoran unos factores precipitantes, que suelen incidir más frecuentemente en clases sociales bajas, y unos factores de vulnerabilidad (pobre relación interpersonal, especialmente con la pareja, desempleo, presencia en el hogar de más de 3 hijos menores de 14 años y pérdida de la madre antes de los 11 años), que mediatizan el impacto de los factores precipitantes o acontecimientos de vida. La importancia y el estudio de estos factores se mantienen en la actualidad (BROWN: 1978; HARRIS: 1996) (6, 28) y confirman la relevancia de los acontecimientos adversos en la infancia (BROWN: 1994) (7) y el soporte social (CHAMPION: 1990; KEITNER: 1990) (16 31). Aunque algunos de estos factores (pérdidas parentales) se haya cuestionado, lo cierto es que acontecimientos más o menos importantes (generalmente negativos que implican pérdidas afectivas) se constatan con cierta frecuencia en el año previo al inicio de un cuadro depresivo, incluso melancólico (VALLEJO: 1999) (64). En las melancolías y trastornos bipolares, sin embargo, el impacto de los acontecimientos es más importante en el primer episodio, ya que posteriormente las siguientes crisis pueden aparecer de forma autónoma sin que concurren circunstancias concretas (SILVERSTONE: 1989) (61). Sin embargo, si bien los acontecimientos previos al inicio de un cuadro depresivo no parecen influir en la respuesta terapéutica, el soporte social no sólo tiene importancia en el marco etiopatogénico de las

depressiones no melancólicas, sino que condiciona el resultado terapéutico, incluso en las melancolías (KESSLER: 1998) (33)

TIPOS DE DEPRESIÓN SEGÙN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES

EPISODIO DEPRESIVO LEVE

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Debe haber ausencia de síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes como para haber satisfecho los criterios diagnòsticos de episodio hipomaniaco o maniaco en cualquier momento de la vida del individuo. El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgànico.

Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

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

Por lo menos tres de los siguientes síntomas adicionales:

1. Pérdida de confianza y estimulación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.

4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.

5. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Debe haber ausencia de síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes como para haber satisfecho los criterios diagnósticos de episodio hipomaniaco o maniaco en cualquier momento de la vida del individuo. El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.

2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.

3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad

Presencia de al menos cuatro de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de confianza y estimulación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.

2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.

3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.

4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.

5. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Debe haber ausencia de síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes como para haber satisfecho los criterios diagnósticos de episodio hipomaniaco o maniaco en cualquier momento de la vida del individuo. El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

Presencia de al menos tres de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.

2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.

3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad

Presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de confianza y estimulación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.

2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.

3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.

4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.

5. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

7. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo

EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Debe haber ausencia de síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes como para haber satisfecho los criterios diagnósticos de episodio hipomaniaco o maniaco en cualquier momento de la vida del individuo. El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

Presencia de al menos tres de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.

2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.

3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad

Presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de confianza y estimulación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.

2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.

3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
5. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

Presencia de uno o dos de los síntomas siguientes:

1. Alucinaciones o ideas delirantes que no satisfacen los criterios de esquizofrenia
2. Estupor depresivo

No se satisfacen los criterios de esquizofrenia ni de trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo grave o moderado

1.5.2. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1.5.2.1. EDAD

Tiempo transcurrido desde el nacimiento. Duración de la vida. Duración de una cosa material. Cada uno de los períodos de la vida. Período histórico. Época, tiempo. Vejez, edad madura. (LAROUSSE: 2000) (36). En nuestro trabajo la edad referida por el paciente, será verificada con algún documento de identidad, o con sus familiares en caso de ser menores de edad. Se agrupará en grupos etarios de 15-24 años, 25-34 años, 35-44 años, 45-54 años, 55-64 años y 65 a más años.

1.5.2.2. SEXO

Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer, del macho y de la hembra: sexo masculino y femenino. Órgano de la generación masculino y femenino (LAROUSSE: 2000) (36).

1.5.2.3. ESTADO CIVIL

Modo de ser, situación de una persona, será declarado por el paciente y corroborado por los familiares: soltero, casado, conviviente, viudo y divorciado (LAROUSSE: 2000; WEBB: 1996) (36, 67).

1.5.2.4. NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Grado de educación alcanzado. Será declarada por el paciente. Puede ser: Analfabeto si no sabe leer ni escribir ni ha tenido algún grado de instrucción. Primaria incompleta o completa. Secundaria incompleta o completa. Técnica incompleta o completa y Superior incompleta o completa (LAROUSSE: 2000; WEBB: 1996) (36, 66).

1.5.2.5. OCUPACIÓN

Actividad que desempeña habitualmente el paciente. Se agrupará en los siguientes grupos ocupacionales Estudiantes. Profesionales y técnicos. Gerentes y administrativos. Empleados de oficina. Vendedores. Agricultores y ganaderos. Mineros y canteros. Artesanos y operarios. Conductores, obreros y jornaleros. Trabajadores de servicio y del hogar. Desocupados y jubilados (WEBB: 1996) (66).

1.5.3. PERSONALIDAD

Es el conjunto de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria y que son relativamente estables y predecibles. Cuando este conjunto supone una variante que va más allá de lo habitual en la mayoría de las personas y los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo, puede diagnosticarse un trastorno de personalidad (KAPLAN) (30)

Existe amplia variedad de teorías para explicar el concepto de personalidad, por ejemplo, ideográficas, conductuales, cognitivas, centralistas, personales, culturales, etc.

Dentro de las teorías conductuales, Burrhus Frederick Skinner plantea que la personalidad se estudia como la estructura global encargada de organizar todas las conductas del sujeto, manifiesta que la conducta está regida por leyes que sólo conociéndolas y estableciendo control sobre ellas pueden ser modificadas. La Escuela Rusa y seguidores de Skinner sostienen que la personalidad tiene utilidad para predecir el comportamiento, dado que éste en gran parte depende de aspectos externos al sujeto (condiciones ambientales) o de características particulares de núcleos específicos. Hernán 1969 define la personalidad como una correlación de conductas existentes en todo ser humano, realmente única y realmente estable, que perdura a lo largo del transcurso del tiempo. Catell afirma que la personalidad permite predecir lo que hará una persona en una determinada situación. Catell habla de rasgos de personalidad, como una estructura mental que se obtiene de la observación coherente de un determinado comportamiento, existen rasgos únicos (individuales) y comunes (poseídos por todos los que conviven ciertas experiencias); existen rasgos superficiales y rasgos originarios (éstos últimos son la base del comportamiento y son identificados mediante el análisis factorial). Dollard y Miller afirman que la personalidad se constituye en función de un elemento esencial que es el hábito (asociado entre un estímulo y una respuesta y asociado con las pulsiones primarias y secundarias) y las jerarquías de respuestas constituyen las estructuras individuales. Gordon W. Allport afirma que la personalidad se desarrolla a partir de cierto número de datos constitucionales (disposiciones afectivas, régimen emocional de tipos de actividad, entre otros) y bajo la influencia del medio, entendido éste en sentido amplio: físico, social, ideológico, temporal, es decir, como un conjunto de acontecimientos y traumatismos que constituyen la historia del individuo. Distingue varios aspectos de ese desarrollo: los procesos de maduración, de diferenciación y de integración. Kaplan 2003, define la

personalidad como la totalidad de los rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria en condiciones normales; es relativamente estable y predecible. Hans Jurgen Eysenck, 1982, asegura que la personalidad es heredada y le da un valor del 75 % al aspecto genético, sustentándolo según la corteza cerebral y el arousal. La corteza cerebral actúa para controlar, abolir y censurar actividades de los centros inferiores, dentro de éstos se encuentra el nivel de excitación. El arousal aumenta la complejidad de la cantidad de información que recibe la organización nerviosa, que se manifiesta por la desincronización de los informes recibidos a partir del cerebro. Las causas biológicas actúan de forma que predisponen al individuo a responder de cierta manera a la estimulación ambiental, pero el tipo de conducta que va a aparecer depende del medio en que se encuentra el sujeto. Esta teoría de la personalidad de Eysenck tiene propuestas teóricas y metodológicas claras y precisas, basadas en el método científico y experimental, y relaciona, además, el desarrollo de la personalidad con las teorías del aprendizaje que es fundamental en el análisis experimental del comportamiento y por que hay un instrumento adecuado para la medición y correlación de las variables propuestas. Por ser uno de los modelos importantes, vamos a desarrollar la teoría de la personalidad de Eysenck que a través del modelo factorial busca variables intermedias que puedan explicar las diferencias de las conductas en situaciones similares, junto con las consecuencias de las conductas. Eysenck, define la personalidad como la suma total de patrones conductuales y potenciales del organismo, determinados por la herencia y por el medio social; se origina y desarrolla a través de la interacción funcional de cuatro factores principales dentro de los cuales están organizados estos patrones de conducta: El sector cognoscitivo (inteligencia), el sector conativo (carácter), el sector afectivo (temperamento) y el sector somático (constitución).

El modelo jeràrquico de la personalidad de Eysenck, habla de una estructura de cuatro niveles de organizaciòn del comportamiento:

a) Reacciones, respuestas o acciones específicas (Plano inferior), se trata de comportamientos que se observan una sola vez, en situaciones experimentales o cotidianas y pueden ser características o no del individuo.

b) Hàbitos.- Se trata de componentes que revelan una cierta estabilidad en situaciones anàlogas de vida cotidiana, en el individuo, es decir, hay respuestas anàlogas en situaciones diferentes pero con cierta semejanza.

c) Rasgos de personalidad.- Son los constructor teòricos resultantes de interrelaciones o de relaciones de diversos hàbitos de características como exactitud, perseverancia, rigidez, entre otras.

d) Tipos generales de la personalidad.-Este serìa el cuarto nivel, es aquí como se dimensiona la personalidad, se distingue tres àreas y cada dimensiòn puede considerarse como un continuo al que cada individuo puede acercarse en menor o mayor grado. De ahí que este ùltimo nivel de organizaciòn de rasgos, corresponderìa a las dimensiones bàsicas de personalidad propuestas por Eysenck.

Segùn Eysenck, la personalidad se clasifica en las siguientes dimensiones primarias: introversiòn, extroversiòn y neuroticismo

a) Dimensiòn de extroversiòn - introversiòn.- se relaciona con la tendencia de las personas hacia distintos tipos de actividades e intereses. Las personas extrovertidas se caracterizan por la sociabilidad, la necesidad de excitaciòn y cambio, actuar en el momento y son por lo general impulsivas, Suelen ser optimistas y amantes del buen humor. Tambièn suelen ser agresivos, en el sentido de tener poca tolerancia a la frustraciòn y el poco control de sus sentimientos. La extroversiòn estarìa relacionada con una menor activaciòn cortical

del cerebro, lo cual explicaría para Eysenck la variabilidad de actividades y la búsqueda de excitación de estos sujetos. Las personas introvertidas prefieren las actividades a solas que con la gente, como las actividades intelectuales o los libros, tienden a planear las cosas, desconfían de los impulsos, se toman seriamente sus actividades, les gusta llevar una vida ordenada y sus sentimientos suelen estar bajo su control, raramente son agresivas y no suelen perder el control fácilmente, suelen ser personas fiables, algo pesimistas y que conceden gran valor a las normas. Los introvertidos tienen una mayor activación cortical que explicaría la mayor perseverancia de su conducta y el alejamiento de las actividades de mayor excitación. Refiere Eysenck, que la inteligencia puede ser considerada un factor general en el área cognitiva y la introversión – introversión un factor general en el área emocional

b) Dimensión de neuroticismo.- o vulnerabilidad a la neurosis, implica una baja tolerancia para el estrés tanto de carácter físico (p.e., el dolor) como psicológico (p.e., la frustración). El grado de neuroticismo está relacionado con el grado de activación o “arousal” subcortical, con la región límbica y formación reticular. El neuroticismo hace mención a la dimensión de estabilidad/inestabilidad emocional de la persona. Inestable, es un sujeto de sistema nervioso lábil y sobre activo y que en un ambiente sobrecargado de estrés tiende a reaccionar en una forma inadecuada o desadaptativa; este tipo de personas tiene una personalidad desorganizada, son dependientes, tienen sentimientos de inferioridad, son muy susceptibles y reactivos, nerviosos, poco tolerantes ante las frustraciones y son propensas a neurotizarse. Estable, es un sujeto de sistema nervioso fuerte, lo cual les induce a comportarse de manera estable y confiable en su manera de relacionarse con los demás, son bastante amigables, locuaces, seguros de si mismos y de comportamiento previsible.

Los sujetos que pertenecen al polo común del continuo normalidad – neuroticidad presentan estabilidad emocional, se excitan con dificultad, son calmados, y descuidados. Refiere Eysenck que el neuroticismo puede ser tomado como factor general en el área de motivación y esfuerzo y que por lo menos en parte, el neuroticismo puede considerarse defecto de la capacidad del individuo para persistir en la conducta motivada. Las puntuaciones en neuroticismo altas, son indicadores de inestabilidad emocional y sobre actividad, tendiendo a reaccionar en forma exagerada y a tener dificultad para volver al estado normal después de haber dado estas respuestas emocionales. A nivel causal parece ser que las diferencias que presentan los individuos a lo largo de esta dimensión vienen medidas por las diferencias genéticas en la excitabilidad y labilidad del sistema nervioso autónomo. Es decir, aquellos sujetos que presentan valores altos en esta dimensión están constitucionalmente predispuestos a reaccionar de manera intensa en su sistema nervioso autónomo y en especial la rama del simpático hacia los diversos estímulos que llegan. El neuroticismo de Eysenck es multifactorial, por una parte depende de características de tipo genético, lo que puede llevar a una mayor o menor predisposición hereditaria, que como ya se sabe tendría que ver con el grado de labilidad del sistema nervioso autónomo, y por otra parte, de características de tipo ambiental, p.e., el grado de estrés. La interacción de estos dos factores delimitaría el grado de neuroticismo de cada sujeto.

La relación existente entre neuroticismo y estrés es muy marcada, de tal modo que puntajes altos en neuroticismo pueden ser indicadores de vulnerabilidad al estrés. En términos de la teoría del aprendizaje un individuo que puntúa alto en el factor neuroticismo se caracteriza por un nivel alto de drive en las situaciones de evitación, este nivel alto de drive ha de considerarse en relación con la ley de Yarkes-Dadson, que afirma que un nivel de drive demasiado alto ejerce una influencia negativa sobre el rendimiento. Las

situaciones de estrés afectan claramente el rendimiento y la eficiencia en el aprendizaje. No obstante, este nuevo aprendizaje, se hace mucho más difícil por la elevada emotividad (drive alto) con que está actuando el sujeto, además, el nivel de drive se ve aumentado constantemente o por lo menos mantenido en un grado elevado, debido al castigo que recibe la respuesta inadecuada. Así se tiene paradójicamente la situación, en que las presiones ambientales que castigan a un sujeto por las respuestas o comportamientos incorrectos, de hecho sólo logran mantenerlas. Los rasgos predominantes de esta dimensión son: sugestionabilidad, falta de persistencia, lentitud en el pensamiento y acción, poca sociabilidad y tendencia a reprimir hechos desagradables.

c) Dimensión de psicoticismo.- Es una tercera dimensión general de la personalidad, independiente del neuroticismo y heredada con alguna forma de modelo poligénico. En la caracterización de psicoticismo – normalidad, los psicóticos son menos fluidos, tienen un resultado pobre en pruebas de adición continua y en dibujo de espejo, son más indecisos con relación a las actitudes sociales, muestran una concentración muy débil, tienen memoria muy pobre, los niveles de aspiración poco adaptados a la realidad.

Las características más importantes de los sujetos con puntuaciones altas en psicoticismo, es que son personas solitarias, problemáticas, que están buscando constantemente sensaciones y son amantes de cosas extrañas y poco usuales. Las puntuaciones altas en psicoticismo suelen correlacionar positivamente con medidas de rasgos de inmadurez, irresponsabilidad, oposición a la autoridad, independencia, dificultad para ser gobernado. Tienden a ser sujetos poco cooperativos, con puntuaciones pobres de vigilancia, con dificultades para mantener la atención y manifiestan un alto grado de creatividad u originalidad dado por las respuestas asociativas que da, tienden a infravalorar

a las otras personas y por ser especialmente autoritarios, sus producciones artísticas son extravagantes.

d) Dimensión de escala de sinceridad "L".- continúan los esfuerzos de investigación en las causas subyacentes de tipo neurológico, fisiológico y bioquímico, de los patrones de conducta observados relacionados con la sinceridad, puesto que no se deben enteramente a influencias ambientales

De todo lo anterior se puede concluir que las respuestas al estrés y los niveles de estrés pueden variar según las dimensiones de personalidad y más aún de los tipos de estresores y/o situaciones estresantes en que se vean sometidas las personas.

Eysenck ha indicado que hay dos etapas esenciales en la investigación de la personalidad. La primera se refiere al establecimiento de un esquema dimensional objetivamente determinado que dé cabida a los principales hechos y rasgos del comportamiento relacionados con la anormalidad. Con base en sus propios estudios dimensionales, él sostiene que se pueden hacer seis afirmaciones generales en relación con el comportamiento humano:

1. Que el comportamiento humano manifiesta cierto grado de generalidad.
2. Que se pueden distinguir diferentes grados de generalidad, es decir, que la personalidad estaría jerárquicamente estructurada.
3. Que los diferentes grados de generalidad se pueden establecer mediante análisis correlacional; a nivel de hábito, mediante correlaciones test retest; al nivel de rasgos, por las intercorrelaciones de los hábitos; a nivel del tipo, por intercorrelaciones de rasgos.

4. Que el comportamiento anormal no es cualitativamente diferente del comportamiento normal, sino que representa un extremo de un continuo que va de lo normal a lo anormal, sin ningún límite claramente discernible que los divida.
5. Que una vez establecidas objetivamente las dimensiones básicas de la personalidad, es posible localizar a cualquier individuo en cada una de las dimensiones, produciendo así una descripción sobria de la estructura de su personalidad.
6. Que las principales dimensiones hasta ahora establecidas son las de neuroticismo, introversión – extroversión.

Eysenck considera que la estructura de la personalidad es de naturaleza jerárquica y ha postulado cuatro niveles de organización de la personalidad:

1. En el nivel inferior se encuentran las respuestas que ocurren en una sola ocasión.
2. En el siguiente nivel tenemos las respuestas habituales que se caracterizan por una significativa confiabilidad.
3. El siguiente nivel se refiere a los rasgos, que están compuestos de respuestas habituales que correlacionan entre sí hasta formar un grupo que define el rasgo.
4. En el nivel más alto tenemos el tipo que está compuesto por un grupo de rasgos que se intercorrelacionan para formar el tipo. Al hablar de dimensiones fundamentales de la personalidad, Eysenck se refiere al nivel de tipo.

1.5.4. SISTEMA DE APOYO FAMILIAR

Este término se usa para referirse a los mecanismos por los cuales las relaciones intrafamiliares protegen a los individuos de los efectos deletéreos del estrés (BELLOCH: 1995) (4). Se sabe que como institución, la familia se ocupa de la crianza y socialización de los hijos; el cuidado de los ancianos, enfermos o discapacitados; la legitimación de la

procreación y la regulación de la conducta sexual, además de ofrecer seguridad física, económica y emocional que es básica para sus miembros.

En el presente trabajo se consideran: el tipo de familia, la dinámica familiar, la actitud de la familia frente al paciente, las relaciones vecinales y el soporte socio – familiar

- **Tipo de familia:**

- **Familia incompleta.-** Cuando por cualquier motivo falta algún componente de la familia nuclear.
- **Familia compuesta.-** Cuando además de los componentes de una familia nuclear, conforman la familia otros miembros que provienen de un tronco común y pueden ser de línea recta y colateral de ambos cónyuges. Relacionada con el parentesco político, es decir, de los parientes de ambos cónyuges; relacionadas con un vínculo civil autorizado por la ley en el caso de la adopción; o relacionadas con un vínculo espiritual cuando se ciñe a los sacramentos: bautismo, confirmación y matrimonio.
- **Familia disfuncional.-** Cuando en la familia no existe unidad y armonía, no se comparte responsabilidades. Es una familia viciosa y paupérrima en la que falta el afecto y respeto entre sus miembros ocasionando como resultado graves problemas psicológicos debido a la incomunicación, incompreensión, egoísmo, irresponsabilidad y frivolidad entre sus componentes.
- **Familia nuclear.-** Es una de las formas más importantes, formada por una pareja marital que vive con sus hijos en una vivienda separada. Aunque algunos especialistas creen que esta es la forma más antigua de familia, otros sostienen que los registros prehistóricos no son concluyentes en tal sentido y destacan otras formas de familia muy difundidas, como la familia

formada por poligamia (un marido, dos o más esposas y su descendencia) y la familia extensa (padres, hijos casados y su descendencia). (Enciclopedia britànica).

- **Dinàmica familiar.**

La dinàmica familiar surge de la interacciòn constante de las energías reguladoras y de crecimiento y la funciòn – disfunciòn dependería del balance neto entre ambas.

En algunas familias predomina la necesidad de estabilidad y sòlo se producen cambios ante presiones extremas; a menudo se las describe como rìgidas, intrincadas o frágiles. En otras, las modificaciones parecen ser continuas; se las considera caòticas, desorganizadas o descontroladas. La familia sana es la que logra el equilibrio entre su crecimiento y su funciòn, merced a un conjunto coherente de mecanismos reguladores y temas evolutivos.

La patología familiar se define entonces como el desequilibrio estructural o funcional de la familia y no la dificultad que presenta uno de sus integrantes. Se intenta identificar los perfiles conductuales, funcionales y disfuncionales, respuestas inadaptadas, clima emocional prevalente, mètodo de resoluciòn de problemas, etc., a nivel familiar. El tratamiento està destinado a comprender mejor la estructura y funciòn de la familia y a corregir los desbalances que provocan estrès o tensiòn en el sistema familiar.

1.5.5. APOYO SOCIAL.

Este término se usa para referirse a los mecanismos por los cuales las relaciones interpersonales protegen a los individuos de los efectos deletéreos del estrès (BELLOCH: 1995) (4). Las raíces del concepto de apoyo social se remontan a comienzos del siglo XX

cuando Emile Durkheim postuló que las personas que no están integradas a la sociedad, (anomia), tienen mayor riesgo de suicidio, “suicidio anómico”. Esta situación ocurre más frecuentemente en situaciones de anomia social que caracteriza a la sociedad que carece de normas claras que regulen la moral y la conducta social, de tal manera que las personas no saben distinguir el bien del mal ni a que patrones sociales atenerse y pierden sus sentimientos de finalidad.

El término apoyo social o sistema de apoyo social, se usa para referirse a los mecanismos por los cuales las relaciones interpersonales protegen a los individuos de los efectos deletéreos del estrés. La popularidad de esta designación surgió de publicaciones de los años '70 que demostraron la relación entre los cuadros psiquiátricos y factores como el estado civil, movilidad geográfica y aislamiento social. Aunque los argumentos fueron muy deductivos y las definiciones no siempre claras, estos trabajos despertaron gran interés por la posible influencia promotora de la salud del apoyo social. Con el tiempo se llevaron a cabo evaluaciones críticas del tema, se reconocieron diversos tipos de apoyo social y se establecieron distinciones entre los efectos de diferentes dimensiones, como la expresión de juicios positivos, manifestación de acuerdo con las creencias o sentimientos personales, aliento y provisión de consejos o información (KAPLAN: 2003, BELLOCH: 1995) (30, 4).

Entonces, el apoyo social constituye los recursos sociales, aportados por otras personas, para el afrontamiento individual o colectivo de los diversos eventos cotidianos, especialmente de los estresores psicosociales que son negativos para su desarrollo.

El concepto de apoyo social debe distinguirse de una acepción amplia del término porque necesariamente implica la presencia y el producto de relaciones humanas estables. Dicho concepto se ha empleado científicamente con múltiples sentidos, tales como para

denotar compañía humana, disponibilidad de personas de confianza , lazos sociales, contacto social significativo, pertenencia a una red social, apoyo personal, etc.

El apoyo social tiene cuatro componentes: a) Red social, b) Interacción social, c) Apoyo social percibido, y, d) Apoyo instrumental (BELLOCH: 1995) (4).

Red social

Constituye la fuente del apoyo social de la que el sujeto dispone, consiste en sujetos o grupos, como la familia, los amigos íntimos, los compañeros de trabajo, los profesionales, el cónyuge o los hijos (VILCHEZ: 2000) (67).

Interacción social

Puede evaluarse documentando la frecuencia de interacciones entre el sujeto y otros miembros de la red social (VILCHEZ: 2000) (67).

Apoyo social percibido

Es la evaluación subjetiva de la seguridad de la red social, la facilidad de interacción, la sensación de pertenencia a la red y de intimidad con sus miembros. Resulta más relevante, desde el punto de vista de su relación con la salud, la evaluación del apoyo social percibido que del apoyo social real. Se evalúa con la Social Support Behaviors (SS-B), que aborda cuatro modos de apoyo social percibido: 1) apoyo emocional, 2) socialización, 3) asistencia práctica, 4) ayuda financiera, y 5) consejo/ayuda. Estas formas de apoyo percibido se miden separadamente según proceda de la familia o de los amigos (BELLOCH: 1995) (4).

Apoyo instrumental

Consiste en servicios concretos suministrados por la red social: emocional, instrumental, informativo o valorativo. Disponibilidad en cantidad y calidad y utilización real de los recursos (VILCHEZ: 2000) (67).

Algunos autores han propuesto que el apoyo social debe incluir varios elementos primarios, destacando los cinco siguientes:

1. Dirección.- según el apoyo social sea aportado, o recibido, o ambas cosas a la vez.
2. Disposición.- disponibilidad en cantidad y calidad, y utilización real de los recursos.
3. Descripción / Evaluación.- ¿pueden ser descritos y evaluados la naturaleza y la cualidad del apoyo social?
4. Contenido.- emocional, instrumental, informativo o valorativo; y
5. Redes sociales.- que constituyen la fuente del apoyo: la familia, los amigos íntimos, los vecinos, los compañeros de trabajo y los profesionales.

La amplitud e indeterminación del término “apoyo social” hacen que las aproximaciones metodológicas existentes presenten notables variaciones. No obstante, una idea que cada vez se hace más evidente es que resulta más relevante, desde el punto de vista de su relación con la salud, la evaluación del apoyo social percibido que la del apoyo social real. Existe abundante evidencia que relaciona el apoyo social con la salud psíquica y física. Se ha señalado que el apoyo social favorece la salud bien porque se relacione negativamente con el comienzo de enfermedades u otros problemas de salud, o bien porque facilita la recuperación de los pacientes con algún tipo de trastorno.

Existen tres modelos o enfoques de apoyo social, válidos actualmente (BELLOCH: 1995) (4):

1. Modelo de amortiguación (buffering effects model) o de efectos indirectos

Según este modelo el apoyo social actúa protegiendo al individuo durante los momentos de estrés potenciando la adaptación del individuo, por ejemplo, mediante la facilitación o mejora de la conducta de afrontamiento. Los efectos indirectos

(amortiguación) se determinan más fácilmente cuando el apoyo social es operativizado según los recursos sociales disponibles en un contexto estresante. El apoyo social, según este modelo, puede reducir el impacto del estrés, de las siguientes formas:

- a) Eliminando o reduciendo el propio estresor, por ejemplo, la presencia de un suceso vital.
- b) Reforzando la capacidad del individuo para hacer frente al estresor.
- c) Atenuando la experiencia del estrés una vez que éste se ha puesto en marcha.

Actualmente este modelo ha sido ampliamente probado, sin embargo, no se ha formulado unitariamente, ya que implica al menos dos interpretaciones diferentes. Una primera postura o hipótesis moderadora, predice una interacción entre el estrés psicosocial y el apoyo social sobre el bienestar; el estrés y el apoyo social predicen o explican interactivamente la salud. Esta hipótesis asume que la correlación entre el estrés y el apoyo social es baja o nula, son independientes. La segunda hipótesis, denominada hipótesis supresora, parte de una relación aditiva entre el estrés, el apoyo social y el bienestar; el nivel de apoyo social es dependiente del nivel de estrés; los efectos directos del estrés son minimizados por el efecto indirecto del apoyo social. Según esta hipótesis el estrés se correlaciona con el apoyo social, el estrés incrementa el apoyo social.

2. Modelo de los efectos directos (direct effects model)

Presupone que el apoyo social ejerce efectos positivos primarios sobre la salud, siendo por tanto estos efectos independientes de los efectos del estrés. Los efectos directos del apoyo social sobre la salud se han postulado porque el hecho de estar integrados en grupos: “redes sociales”, familia, grupos de amigos, etc., facilita experiencias individuales positivas como la autoestima, el afecto positivo, la sensación de control sobre el medio ambiente, etc., sugiriéndose que estas experiencias personales protegen al individuo de los

trastornos físicos y mentales actuando a través de diversos tipos de mecanismos psicobiológicos, por ejemplo, mejorando el funcionamiento inmunológico.

Los efectos directos se determinan más apropiadamente cuando el apoyo social es definido en función del grado con que una persona está integrada en las redes sociales.

3. Modelo de las relaciones disfuncionales.

Algunos estudios recientes sugieren que las características negativas del apoyo social se correlacionan en mayor grado que las características positivas con medidas de apoyo percibido y síntomas. Estos autores han resaltado que aspectos negativos del apoyo social, como por ejemplo la ausencia de relaciones íntimas o de comunicación, pueden constituir en sí mismos un factor de riesgo para desarrollar depresión, aun en ausencia de sucesos vitales estresantes. Un dato epidemiológico importante resaltado por estos autores es que el riesgo para padecer depresión en individuos casados y que pueden comunicarse con sus esposos /as es algo inferior que en personas solteras, separadas o divorciadas. Esta reducción puede producirse por un efecto positivo del apoyo emocional o intimidad inducido por un buen matrimonio. Sin embargo, este efecto positivo es minimizado por el elevado efecto negativo de un mal matrimonio, es decir, por el efecto de estar casado y no poder comunicarse con el esposo / sa. Estos autores interpretan esta evidencia epidemiológica más que en términos de relaciones causales entre el apoyo social y la salud, como un fenómeno con implicaciones conceptuales y teóricas sobre el propio apoyo social. El aparente beneficio del apoyo social puede en gran parte ser secundario a la ausencia de los efectos deteriorantes de las relaciones conflictivas e inseguras. Así, la cuestión relativa a cómo el apoyo social amortigua el estrés se complementa con otra basada en cómo las relaciones disfuncionales perjudican el afrontamiento del estrés: en lugar de enfatizar las interacciones sociales que presumiblemente transmiten el apoyo social, los autores resaltan

el conflicto, la inhibición de comunicación y la falta de estabilidad en las relaciones íntimas, que reducen la percepción individual de apoyo.

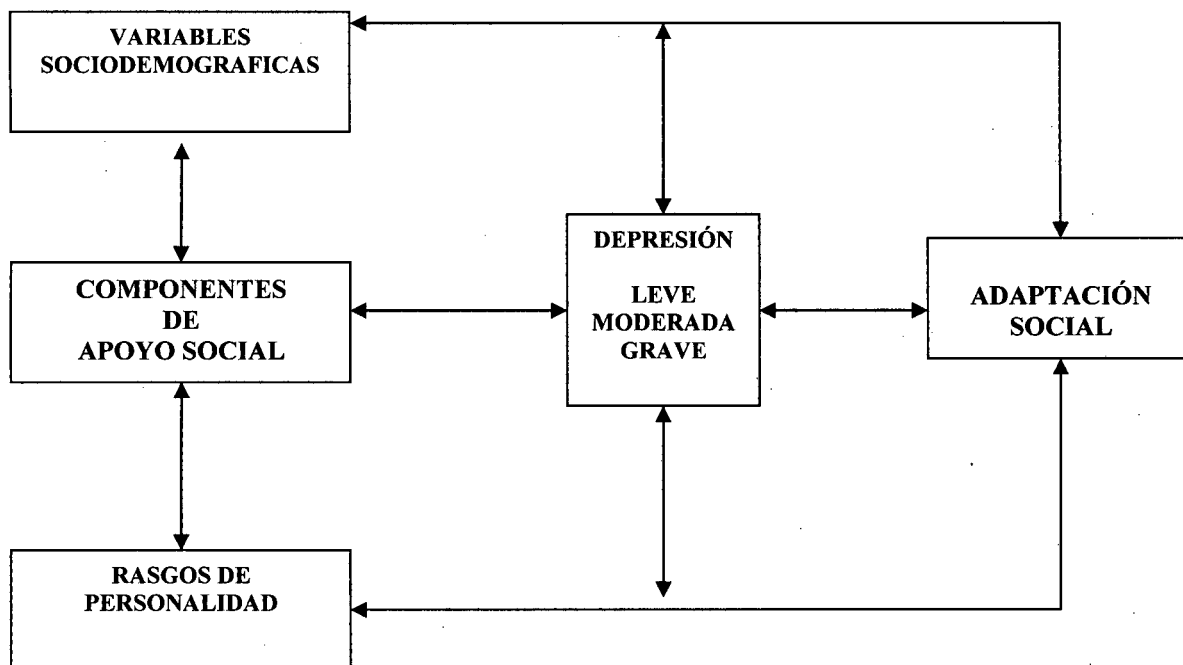
1.5.6. ADAPTACIÓN SOCIAL.

Son los medios que utilizan las personas para hacer frente a los diferentes acontecimientos vitales (BELLOCH: 1995) (4). En el presente trabajo tomamos en cuenta el modelo psicopatológico de adaptación social, dentro del marco general del “modelo médico”, que distingue entre conductas adaptativas y mal adaptativas asumiendo que ambas siguen las mismas leyes. Hamilton ha expresado que “cada reacción, no importa cuan inapropiada sea, es un intento de adaptarse a la situación particular que la suscita y es, además, la expresión de una tendencia innata que es parte del equipo de reacción del organismo como unidad funcional, y posee valor para la conservación del individuo, la raza o ambos”

El proceso más importante de la organización cognoscitiva es la adaptación, es decir, la capacidad del individuo para adaptarse e interactuar con el ambiente. La adaptación es el resultado de dos procesos complementarios, asimilación y acomodación. La asimilación es el proceso de la incorporación de las nuevas experiencias al sistema de conocimiento individual; se trata de un proceso comparable a la ingesta y digestión de los alimentos, que acaban convirtiéndose en parte del organismo. La acomodación es el proceso mediante el que el individuo ajusta su sistema de conocimiento a las demandas de la realidad exterior. Los dos procesos, juntos y en equilibrio dinámico generan los esquemas o estructuras cognoscitivas específicas, cada uno de los cuales con su propio patrón de conducta. La adaptación es, a la vez, biológica y psicológica y se hereda, existiendo diferentes capacidades de adaptación individual (KAPLAN 2003) (30)

Gráfico N° 1

MODELO GRÁFICO DE RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y FACTORES PSICOSOCIALES

**1.6. OBJETIVOS****1.6.1. OBJETIVO GENERAL**

- Describir la relación entre los factores psicosociales y los tipos de depresión de la población en la ciudad de Puno.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de los tipos de depresión en la población urbana, en la ciudad de Puno.
- Describir como influyen las variables sociodemográficas en los tipos de depresión en la población urbana en la ciudad de Puno

- Describir cómo los rasgos de personalidad influyen sobre los tipos de depresión en la población urbana en la ciudad de Puno.
- Describir como influyen los componentes del apoyo social - familiar en los tipos de depresión en la población urbana, en la ciudad de Puno.
- Describir como influye la adaptación social en los tipos de depresión en la población urbana, en la ciudad de Puno.

1.7. HIPÓTESIS

1.7.1. HIPÓTESIS GENERAL

El nivel de depresión disminuye conforme mejoran los factores psicosociales, es decir, que existe una relación directa y significativa entre la depresión y los factores psicosociales.

1.7.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. Las variables sociodemográficas modifican el nivel de depresión de la población.
2. Los tipos de depresión pueden ser modificados por los rasgos de personalidad
3. A mayor apoyo social – familiar, menor grado de depresión
4. Una buena adaptación social interviene disminuyendo la prevalencia de los diferentes tipos de depresión.

1.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Escala	Tipo de variable	Indicador
Independiente				
Depresión	Clinica	Ordinal	Catagórica discreta	Test de Zung
Dependiente				
<ul style="list-style-type: none"> Sociodemográficas 	Social	De razón	Numérica continua	Edad
		Nominal	Catagórica discreta	Sexo
		Nominal	Catagórica discreta	Estado civil
		Ordinal	Catagórica discreta	Nivel de Instrucción
		Nominal	Catagórica discreta	Ocupación
<ul style="list-style-type: none"> Personalidad 	Clinica	Nominal	Catagórica discreta	Inventario de personalidad de Eysenck
<ul style="list-style-type: none"> Familia 	Social	Nominal	Catagórica discreta	Tipo de familia
		Nominal	Catagórica discreta	Dinàmica familiar
		Nominal	Catagórica discreta	Actitud de la familia
		Nominal	Catagórica discreta	Soporte familiar
		Nominal	Catagórica discreta	Relaciones vecinales
<ul style="list-style-type: none"> Apoyo social 	Social	Ordinal	Catagórica discreta	Red social
				Interacción social
				Apoyo social percibido
				Apoyo instrumental
<ul style="list-style-type: none"> Adaptación social 	Social	Ordinal	Catagórica discreta	Escala de autoevaluación de la Adaptación Social

2. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. DIMENSIÓN DE ANÁLISIS : Psicosocial

2.2. NIVEL DE ANÁLISIS : Explicativo, descriptivo

2.3. UNIDAD DE ANÁLISIS : Población urbana de la ciudad de Puno correspondiente a los 04 centros de salud mencionados

2.4. UNIDAD DE OBSERVACIÓN: Individuos de 15 a más años de edad con diagnóstico de depresión

2.5. TIPO DE INVESTIGACIÓN : Transversal, cuantitativo, observacional (10)

2.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población o universo de estudio está constituida por la población de toda la ciudad de Puno de 15 a más años = 71.387 (MINISTERIO DE SALUD: 2003) (45)

La muestra fue calculada tomando en cuenta la población total de 15 a más años de la ciudad de Puno con un intervalo de confianza del 95 % y un error estándar del 08 %. Esta muestra se repartió proporcionalmente, tomando como referencia la población total de cada barrio que es atendida por cada centro de salud respectivo en los cuatro barrios representativos de los cuatro conos de la ciudad de Puno. Se hizo el cálculo porcentual previo y le correspondió al Centro de Salud de Vallecito 23 % de la muestra, al Centro de Salud de 4 de Noviembre 24 % de la muestra, al Centro de Salud de José Antonio Encinas 41 % de la muestra y al Centro de Salud de Santiago de Chejoña 12 % de la muestra

Cálculo de la muestra:

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot e^2}$$

71387

$$n = \frac{71387}{1 + 71387(0.8)^2}$$

$$n = 154$$

La muestra fue de 154 individuos.

Reparto proporcional de la muestra

Vallecito 23 %	4 de noviembre 24 %	José Antonio Encinas 41 %	Santiago de Chejoña 12%
35	37	63	19
Total: 154			

La muestra fue aleatoria simple y cumplió los siguientes criterios:

a) Criterios de inclusión:

- 15 ó más años de edad.
- Vivir en la zona urbana de la ciudad de Puno.

b) Criterios de exclusión:

- Menor de 15 años
- Llenado incompleto de los reactivos.
- Transeúntes

2.7. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Por ser escalas de autovaloración, estos tests fueron entregados a las personas seleccionadas aleatoriamente para que los llenen personalmente, en caso de ser analfabetos, fueron llenados por la persona encargada con las respuestas dadas por la persona a quien se aplica el reactivo correspondiente.

- Se conformó cuatro equipos de trabajo, uno para cada barrio, con alumnos del quinto año de la carrera profesional de medicina humana para que apliquen los

reactivos de acuerdo a la selección aleatoria y a la vez se garantice la veracidad de la información consignada.

- Los equipos de trabajo realizaron su actividad en diferentes meses.
- El investigador supervisò directamente y en forma inopinada la correcta aplicación de los reactivos, previa capacitación a los equipos de trabajo.

Para la recolección de información se trabajò con:

- Un formato de recepción del paciente con intento suicida que se confeccionò para obtener información del perfil sociodemogràfico del paciente.
- Tests de autoaplicación, para lo cual se aplicò los siguientes reactivos:

A) ESCALA DE AUTOVALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG (BOBES 2002) (5).

Autor: W. Zung

Referencia: A self – rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 1965; 12: 63-70

Evalúa: La gravedad del cuadro depresivo

Nº de ítems: 20

Administración: Autoaplicada

Descripción:

Se trata de una escala breve, autoaplicada, en la que el paciente ha de indicar la frecuencia con la que experimenta cada uno de los síntomas explorados. Destinada a medir cuantitativamente la depresión, creada por el Dr. W: Zung, publicada por primera vez en 1965. Generalmente se necesitan menos de 5 minutos para la ejecución y calificación de la prueba. Su administración puede ser individual o colectiva.

Consta de 20 ítems y cada ítem refiere una característica específica y común de la depresión, que se agrupan en 4 factores: Factor depresivo, factor biológico, factor psicológico, y factor psicosocial, formado por los ítems 14, 18 y 19.

Los párrafos están divididos en 4 columnas que evalúan una escala que va desde muy pocas veces, algunas veces, muchas veces y casi siempre y con puntuación del 1 al 4 según el ítem indicado para cada columna. Para obtener el grado de depresión del paciente se compara la escala obtenida con la escala clave para efectuar el recuento, el valor indicado para cada párrafo se escribe al margen y luego se suman todos los valores parciales. El total de esta suma se convierte entonces en un índice basado sobre 100. La escala está construida de tal modo que un índice bajo indica una pequeña depresión o su ausencia, y un índice alto indica la presencia de depresión de significación clínica. Tal es así que las puntuaciones abarcan los siguientes puntos de corte: No depresión (ausente) menor o igual a 50 puntos, Depresión leve: 51 a 59 puntos. Moderada: 60 a 69 puntos y Grave mayor a 69 puntos.

Cada ítem se responde según una escala tipo Likert de 4 valores (rango de 1 a 4) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas. El marco de referencia temporal es el momento actual.

Para evitar el sesgo del “acostumbramiento” en las respuestas, se alteran ítems realizados en sentido positivo con ítems en sentido negativo. Es una de las escalas más utilizadas en la depresión. Esta escala está adaptada y validada al español.

Corrección e interpretación:

Proporciona una puntuación total de gravedad que es la suma de las puntuaciones en los 20 ítems.

- Para los ítems en sentido negativo a mayor frecuencia de presentación mayor puntuación, es decir, la respuesta “muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente” vale 1 punto y la respuesta “casi siempre, siempre, casi todo el tiempo” vale 4 puntos.
- Los ítems en sentido negativo son los números 1, 3, 4, 7, 10, 13, 15, y 19.
- Los ítems en sentido positivo reciben menor puntuación a mayor presencia, de tal modo que la respuesta “muy poco tiempo...” vale 4 puntos y la respuesta “casi siempre...” vale 1 punto.
- Los ítems en sentido positivo son los números 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 18 y 20

B) INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK (EPI).

Es un cuestionario que es contestado por el paciente como verdadero o falso. Útil como herramienta de detección del rasgo de personalidad predominante para trabajos de investigación. La escala es breve (BOBES: 2002) (5).

Comprende tres escalas de evaluación:

ESCALA “E” INTROVERSIÓN – EXTROVERSIÓN.- Ligada a la mayor o menor facilidad de internalización de patrones socializadores y que correspondencia tiene el sujeto frente a estos; estas actividades se realizan por condicionamiento, entendiéndose esto último, por una actividad psíquica. Aquí se dan dos posibilidades:

- Sujeto extrovertido.- le gusta participar más en las fiestas, con amigos, no le gusta leer o estudiar solo, es despreocupado, bromista, optimista, le gusta reír y ser divertido, prefiere más actuar que pensar, es más práctico que teórico.
- Sujeto introvertido.- es tranquilo, se aísla, prefiere observar a las personas, es reservado y distante excepto con sus amigos íntimos, es serio y ordenado, en su

forma de vida tiene ajuste y autocontrol emocional, rara vez es agresivo y no pierde fácilmente su temple, es pesimista.

ESCALA "N" ESTABILIDAD – INESTABILIDAD.- Se refiere al sistema nervioso autónomo que moviliza trastornos cardiovasculares, taquicardias, trastornos respiratorios, sudoraciones, etc. Una tasa elevada de neuroticismo (inestabilidad) indica una emotividad muy intensa y elevado tono emocional, son personas generalmente ansiosas, tensas, inseguras, timidas.

ESCALA "L" VERACIDAD.- Estos ítems en número de nueve están distribuidos de manera estructural y sistemático. El puntaje mayor de cuatro en esta escala anula los resultados de la prueba, es decir, el sujeto no muestra una autoevaluación real de sí mismo.

Características del inventario:

- A. Esta prueba está estructurada bajo dos características principales, primero es de tipo verbal-escrito y segundo responderá sí o no.
- B. Se emplea la técnica de la elección forzada.
- C. Consta de 57 ítems:
 - a. "E" 24 ítems: Introversión – Extroversión
 - b. "N" 24 ítems: Estabilidad – Inestabilidad
 - c. "L" 9 ítems: Veracidad
- D. Los ítems están intercalados indistintamente sin orden especial en el cuestionario.
- E. Administración: colectiva básicamente, pudiéndose tomar en forma individual. De tomarse en forma grupal el número de examinados es fijado por el examinador.
- F. Tiempo: este inventario no cuenta con un tiempo determinado aún cuando el tiempo promedio es de 15 minutos.

G. Valoración: cada protocolo es evaluado con la clave única para ambos sexos tanto para las dimensiones “N”, “E” y “L”. Si la respuesta coincide con la plantilla, se le asigna 1 punto y si no coincide se le asigna 0. La suma es por separado para cada escala.

Diagnóstico de personalidad de Eysenck:

- A. INTROVERTIDO – INESTABLE (Melancólico).- Son sujetos débiles, especialmente son personas caprichosas, ansiosas, rígidas, pesimistas, reservadas y tranquilas. Una tasa muy elevada de este tipo de personalidad está asociada con tendencia a las fobias y obsesiones, emocionalmente muy rápido e inestable.
- B. EXTROVERTIDO - INESTABLE (Colérico).-Son sujetos sensibles, intranquilos, agresivos, optimistas y activos. Una tendencia muy elevada determina a la personalidad con tendencia a la inmadurez sin control emocional. Estos sujetos son enérgicos en sus respuestas.
- C. EXTROVERTIDO – ESTABLE (Sanguíneo).- Son personas móviles, sociables, locuaces, despreocupados y líderes. Es difícil el diagnóstico en lo concerniente a lo social, tanto en introversión como en extroversión.
- D. INTROVERTIDO – ESTABLE (Flemático): Son sujetos fuertes, equilibrados, lentos. Son pacíficos, pasivos, con control formal.

C) ESCALA DE APOYO SOCIAL - FAMILIAR

Es un cuestionario estructurado que es contestado por el paciente marcando el casillero correspondiente.

Es útil como herramienta de detección del tipo de familia, dinámica familiar, actitud de la familia frente al paciente, relaciones vecinales, soporte social – familiar y apoyo social. El cuestionario es breve.

D) ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE ADAPTACIÓN SOCIAL (EAAS) (5).

Autores: M. Bosc, A; Dubini, V. Polin

Referencia: Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. Eur Neuropsychopharm 1997; 7 (suppl): 57-70

Evalúa: La percepción del paciente de su nivel de adaptación social.

Nº de ítems: 21

Aplicación: Autoaplicada

Descripción:

La EAAS fue diseñada para evaluar la conducta y el ajuste social de los pacientes con depresión. Consta de 21 ítems que exploran el funcionamiento del individuo en las siguientes áreas de vida:

Trabajo

Familia

Ocio

Relaciones sociales

Motivaciones/intereses

El sujeto ha de contestar a cada ítem utilizando una escala tipo Likert con 4 grados de respuesta que van desde 0 (el peor funcionamiento) a 3 (el mejor funcionamiento).

El marco de referencia temporal es el momento actual

Es una escala autoaplicada que recoge la percepción del sujeto de su funcionamiento social

Corrección e interpretación:

Proporciona una puntuación total suma de las puntuaciones de todos los ítems

Esa puntuación total oscila entre 0 y 60 (en vez de 63, ya que 2 ítems, el 1 (trabajo remunerado) y el 2 (tareas domésticas o trabajo no remunerado), son mutuamente excluyentes.

Los puntos de corte propuestos son:

<25: desadaptación social

25-52: normalidad

>55: "superadaptación" patológica

2.8. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento, análisis estadístico e interpretación de la información obtenida se hizo aplicando la prueba de independencia de criterios o Ji (chi) cuadrado: X^2 . En todos los casos se utilizó un intervalo de confianza de 95 % para la inferencia estadística. De la estadística descriptiva se tomó porcentajes, tablas, gráficos de frecuencia y/o distribución. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con los programas Epi Info 6.4 (MORMONTOY: 1994; CEA D'ANCONA: 2000) (49, 11)

SEGUNDO CAPÍTULO

CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DEL DEPARTAMENTO DE PUNO

2.1. CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS

El departamento de Puno se encuentra situado en la región sudeste del Perú, en la frontera con Bolivia, entre los 13 ° 00' y 17 ° 18' de latitud sur y los 71 ° 08' y 68 ° 50' de longitud oeste del meridiano de Greenwich. Tienen una superficie de 72.383,44 km², incluyendo la parte peruana del lago Titicaca que es de 4.996,28 km². correspondiendo el 64 % al área rural y el 36 % al área urbana (WEBB: 1996; MILLA: 1995) (67, 44).

La Provincia de Puno es la capital del departamento del mismo nombre, se extiende en la orilla oeste del lago Titicaca, en una bahía, sobre una superficie ligeramente ondulada, rodeada de los cerros Machallata, Azoguine, Pirhua, Pirhuani y Cancharani, a 3827 m.s.n.m. y a 15° 50' 15'' latitud sur y 70° 01' 18'' longitud oeste. La superficie de la provincia de Puno es de 6493 Km².

2.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

El Distrito de Puno es el que tiene más número de población alcanzando una estimación al 2005 de 219,722 habitantes que representa el 52.5 % del total de la población de la provincia de Puno, además, tiene una densidad poblacional de 250 personas por Km².

Por sexo, la estructura de la población por sexo es expresada a través del índice de masculinidad que representa el número de hombres por cada 100 mujeres, y es en el que nos basamos para estructurar a la población por sexo. Para el año 2003, el 50.8 % del total de la población de la Región Puno está conformada por mujeres (650,753), mientras que el 49.2 % (629,802) está representada por la población masculina, con un índice de masculinidad del 96.8 %, que indica que por cada 100 mujeres puneñas existen 97 varones en la Región Puno.

La composición de la población por edad, en el año 2003, es la siguiente: Los menores de 15 años representan el 35.4 % de la población total de la Región Puno, el grupo de 15 a 64 años, representa el 58.1 % y los mayores de 65 años representan el 6.5 % de la población total de la Región Puno. Las diferentes actividades que se realizan dentro de la provincia de Puno, como sus potencialidades y necesidades están en función de la edad, puesto que de acuerdo a la edad se puede ver la participación de las personas en la actividad productiva. Los menores de 15 años, demandan servicios de educación y salud, están en la etapa formativa y también participan en la actividad productiva; el grupo de 15 a 64 años, participan en la actividad productiva y reproductiva y demandan empleo, viviendas y servicios de salud; la población de 65 años a más demandan la seguridad y protección social.

La ocupación de la población la analizaremos mediante la situación laboral, o sea, a través de la población económicamente activa (PEA) y la población económicamente no activa (NOPEA). Según el censo de 1993 la PEA en el departamento de Puno alcanza el 49.0 % y la No PEA es del 51.0 % de la población total en edad de trabajar. La PEA ocupada alcanzó el 93.4 % y la PEA desocupada un 6.6 %. Según sexo la PEA ocupada

masculina era de 190,231 y la PEA ocupada femenina fue de 108,705. El nivel de desocupación fue de 8.5 % en el área urbana y de 5.3 % en el área rural.

El analfabetismo para el año 2005 fue de 15.5% de la población total de Puno de 15 años o más, a predominio de la zona rural y dedujeres. A nivel de educación primaria, el año 2002, se obtuvo una tasa de asistencia del orden del 93.0% de alumnos y la tasa de inasistencia fue de 6.8 %. A nivel secundario la tasa de inasistencia fue del 7.3 % a predominio de mujeres. A nivel universitario, en el año 2003, el número de alumnos matriculados en las universidades de Puno es de 19,526 alumnos, repartidos entre la Universidad Nacional del Altiplano (72.1 %) y la Universidad Néstor Cáceres Velásquez (27.9 %).

TERCER CAPÍTULO
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

CUADRO Nro 1. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESION EN LA POBLACION URBANA DE 15 A MÁS AÑOS DE EDAD EN LA CIUDAD DE PUNO. 2005

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	53	34.4
Leve	47	30.5
Moderada	41	26.6
Grave o Intensa	13	8.4
TOTAL	154	100.0

Fuente: Investigación de la autora

En la población general, existe un 34.4 % de personas que no presenta depresión y un 65.5 % de personas que presenta algún grado de depresión, siendo depresión leve en un 30.5 %, depresión moderada en un 26.6 % y depresión grave en un 8.4 %.

Podemos afirmar, que en nuestro estudio hemos encontrado una alta prevalencia “de algún grado de depresión” (65.5 %) en la población general, por el tipo de Escala de la Depresión que hemos empleado (Escala de autovaloración de la Depresión de Zung), que si bien es una escala cuantitativa de la depresión, es más útil como un “escreening” o tamizaje grueso de la depresión en la población, por lo que este hallazgo debería ser corroborado con la aplicación de otros tests de depresión. Por otra parte, también debemos tener en cuenta, que la depresión con significación clínica, o sea, la depresión que requiere tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, se corresponde con la depresión moderada (26.6 %) y con la depresión grave (8.4 %), reduciéndose en este caso a una prevalencia de depresión propiamente dicha de 35.0 % en la población general, lo cual está en conformidad con la mayoría de estudios de prevalencia de la depresión a nivel nacional e internacional. Por otra parte, por ser éste un estudio descriptivo y transversal, nos muestra datos “fríos” que debemos “afinarlos”, interpretarlos y corroborarlos con otros estudios.

Si comparamos nuestro estudio con el realizado, en nuestro medio y empleando también la Escala de Depresión de Zung, por Miguel Cancha Gutierrez, 2003 (8) en su Tesis: “Factores de riesgo asociados a depresión en pacientes hospitalizados, Hospital Manuel Nuñez Butrón de Puno (Abril-Junio 2003)”, vemos que ha encontrado una prevalencia de depresión de 76.32 %, en pacientes hospitalizados, que es un valor más alto debido a que es una población que de por sí tiene un factor de riesgo agregado que es el hecho de estar hospitalizado por alguna enfermedad; dentro de este porcentaje general de depresión (76.32 %), Cancha encontró que el 57.14 % correspondía a depresión leve, 33.88

% correspondía a depresión moderada y 8.98 % correspondía a depresión severa. Son valores más altos, por la misma explicación anterior.

En Juliaca, Vilca, 2001 (67) empleando la Escala de Depresión de Zung, encuentra que un 82.37 % de pacientes que acuden a consultorios externos del Hospital “Carlos Monge Medrano- Juliaca” (Junio-Junio 2001) presentan algún grado de depresión leve, moderado o severo, consideramos este resultado muy alto y sesgado por que sólo toma dos meses de evaluación.

Los tres siguientes estudios se han realizado con poblaciones específicas y los traemos a colación por que han sido realizados en nuestro medio y para que tengamos una idea más amplia de la variabilidad de la prevalencia de depresión. Así tenemos que, Chambilla, 2003 (15), empleando el Test de Depresión de Zung, encontró que los estudiantes de medicina de la UNA Puno, presentan algún grado de depresión en un 46.63 %, siendo leve en 32.64 %, moderada en 9.84 % y severa en 4.15 %. Alvarado, 2006 (“Consumo de alcohol asociado a depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional del Altiplano Puno-2005”), empleando el Inventario de Depresión de Beck, encontró que el 53.25 % de los estudiantes de medicina de la UNA – Puno del año académico 2005, presenta depresión de diversos grados, siendo leve en 33.72 %, moderada en 14.20 % y grave en 5.33 %. En Juliaca, Hilari, 2006 (“Ansiedad y depresión en gestantes y puérperas en el Hospital III Essalud Juliaca 2006”) empleando la Escala de Depresión de Hamilton, encuentra un 50 % de algún grado de depresión en gestantes y puérperas.

CUADRO Nro 2. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESION SEGÚN EL GRUPO ETARIO EN LA POBLACION URBANA DE 15 A MÀS AÑOS DE EDAD EN LA CIUDAD DE PUNO. 2005

Depresión		EDAD					Total
		15-20	21-30	31-40	41-50	51 a màs	
Sin depresión	Recuento	7	30	6	6	4	53
	% del total	4.5 %	19.5 %	3.9 %	3.9 %	2.6 %	34.4%
Leve	Recuento	8	26	5	7	1	47
	% del total	5.2 %	16.9 %	3.2 %	4.5 %	0.6 %	30.5%
Moderada	Recuento	7	17	7	8	2	41
	% del total	4.5 %	11.0 %	4.5 %	5.2 %	1.3 %	26.6%
Grave	Recuento	1	5	4	1	2	13
	% del total	0.6 %	3.2 %	2.6 %	0.6%	1.3 %	8.4%
Total	Recuento	23	78	22	22	9	154
	% del total	14.9 %	50.6 %	14.3 %	14.3 %	5.8 %	100.0 %

Fuente: Investigación de la autora

El grupo etario más afectado es el de 21 a 30 años, tanto para depresión leve, moderada y grave, esto está en relación a la composición y distribución por grupos etarios de nuestra población que corresponde en mayor porcentaje a la población joven. Este grupo etario corresponde a la edad adulta temprana. Entonces, si tenemos en cuenta que la fuerza

productiva, la salud y la energía, son por lo general, en esta etapa bastante buenas, y es donde se producen el mayor número de depresiones, en este caso 48, que corresponden a un 31.1 %, podemos afirmar con bastante criterio que la depresión constituye un problema de salud pública que debe ser tomado en cuenta por las autoridades sanitarias y por el gobierno local y central, en la decisión política, para afrontarla.

Comparando los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos afirmar que varían muy poco con los obtenidos por Cancha (8) quien refiere que el grupo etario donde se evidencia mayor prevalencia de depresión se encuentra comprendido entre los 15 y 30 años con un porcentaje de 35.83 %, si bien el rango tomado es diferente, la diferencia estadísticamente es mínima si consideramos que en nuestra tabla N° 2 tendríamos que sumar los porcentajes del rango de 15 a 20 años (10.3 %) con los del rango de 21 a 30 años (31.1 %) nos daría un total de 41.4 % de prevalencia.

Utilizando la prueba estadística ji cuadrado para ver la relación entre estas variables podemos observar que: $p = 0.537 > \alpha = 0.005$ con lo que concluimos que no existe diferencia significativa y por lo tanto no existe relación. Es decir, la edad no influye en la depresión de las personas.

**CUADRO Nro 3. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESION SEGÚN LA OCUPACION
EN LA POBLACION URBANA DE 15 A MÀS AÑOS EN LA CIUDAD DE PUNO.**

2005

Depresión		Ocupación					Total	
		Comerciante	Empleado	Su casa	Independiente	Estudiante		Ingeniero
Sin depresión	Nro	2	9	2	13	21	6	53
	%	1.3 %	5.8 %	1.3 %	8.4 %	13.6 %	3.9 %	34.4 %
Leve	Nro.	3	9	11	4	19	1	47
	%	1.9 %	5.8 %	7.1 %	2.6 %	12.3 %	0.6 %	30.5 %
Moderada	Nro.	0	8	7	8	18	0	41
	%		5.2 %	4.5 %	5.2 %	11.7 %		26.6 %
Grave	Nro.	3	4	3	1	1	1	13
	%	1.9 %	2.6 %	1.9 %	0.6 %	0.6 %	0.6 %	8.4 %
Total	Nro.	8	30	23	26	59	8	154
	%	5.2 %	19.5 %	14.9 %	16.9 %	38.3 %	5.2 %	100.0 %

Fuente: Investigación de la autora

El 38.3% de la muestra estudiada son estudiantes, siendo el grupo ocupacional más afectado, de éstos el 24.6 % son estudiantes con algún grado de depresión, siendo leve en 12.3 %, y moderada en 11.7 % de casos. Esto se correlaciona con la composición de la población, que al ser en su mayoría joven, se encuentra en su etapa de estudiantes.

El segundo grupo ocupacional más afectado es el de empleados con 19.5 % del total de la muestra, de los cuales 13.6 % presentan algún grado de depresión, siendo leve en 5.8

%, moderada en 5.2 % y grave en 2.6 % de casos, presentando este grupo el mayor número de depresiones graves debido a que al pertenecer a la población económicamente activa está sometida a estrés laboral, social, familiar, por que, generalmente, es una familia la que depende del trabajo de ellos.

El tercer grupo ocupacional más afectado es el de trabajadores independientes que corresponde al 16.9 % de la muestra, de ésta, el 8.4 % presentan algún grado de depresión, siendo leve en 2.6 % y moderada en 5.2 % de casos, debido al estrés que ocasiona la inestabilidad laboral, entre otros factores.

El cuarto grupo más afectado son las amas de casa con 14.9 % del total de la muestra, de ésta 13.5 % tienen algún grado de depresión, siendo leve en 7.1 %, moderada en 4.5 % y grave en 1.9 % de casos. Esto se explica por el hecho de que las amas de casa están sometidas a mayor estrés debido a las múltiples ocupaciones que tienen en el hogar.

Comparando nuestro estudio con el de Cancha del 2003 (8) éste encuentra algún grado de depresión en el 25.23 % de estudiantes, en el 15.58 % de amas de casa, en el 13.08 % de otras ocupaciones, en el 9.66 % de agricultores, en el 8.41 % de comerciantes y en el 4.36 % de profesionales, por lo tanto, coincidimos en cuanto a la mayor prevalencia de depresión en estudiantes y tenemos una ligera variación en cuanto a amas de casa.

Utilizando la prueba estadística ji cuadrado para ver la relación entre estas variables podemos observar que: $p = 0.003 < \alpha = 0.005$ con lo que concluimos que existe diferencia significativa y por lo tanto existe relación. Es decir, la ocupación estaría influyendo en la depresión de los pacientes.

CUADRO Nro 4. DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE DEPRESION SEGÚN EL SEXO EN LA POBLACION URBANA DE 15 A MÁS AÑOS EN LA CIUDAD DE PUNO. 2005

Depresión		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Sin depresión	Recuento	13	40	53
	% del total	8.4 %	26.0 %	34.4 %
Leve	Recuento	29	18	47
	% del total	18.8 %	11.7 %	30.5 %
Moderada	Recuento	23	18	41
	% del total	14.9 %	11.7 %	26.6 %
Grave	Recuento	6	7	13
	% del total	3.9 %	4.5 %	8.4 %
Total	Recuento	71	83	154
	% del total	46.1 %	53.9 %	100.0 %

Fuente: Investigación de la autora

Del total de nuestra muestra estudiada que son 154 personas, 71 (46.1 %) corresponden al sexo femenino y 83 (53,9 %) al sexo masculino. Presentando algún grado de depresión 101 personas que corresponde al 65.5 %.

Si tomamos en cuenta sólo los casos de depresión, vemos que 58 mujeres (37.6 %) presentan algún grado de depresión, correspondiendo el 18.8 % a depresión leve, 14.9 % a

depressi3n moderada y 3.9 % a depressi3n grave. En cambio, s3lo 43 hombres (27.9 %) presentan alg3n grado de depressi3n, correspondiendo el 11.7 % a depressi3n leve y moderada respectivamente y el 4.5 % a depressi3n grave.

Pese a que nuestra muestra ha incluido m3s varones, las cifras absolutas muestran m3s depressi3n en mujeres, lo cual concuerda con la literatura consultada al respecto. Esto se explicaria por que las mujeres reaccionan m3s frente a los diferentes factores psicosociales y desarrollan m3s su inteligencia emocional, en cambio a los hombres desde ni3os se les inculca a “comportarse como hombres”, no llorar, no sentir, entre otros hechos.

Si comparamos nuestro estudio con el de Cancha del 2003 (8), 3ste autor encontr3 cifras ligeramente mayores, 45.58 % para el sexo femenino y 30.84 % para el sexo masculino.

Utilizando la prueba estadística ji cuadrado para ver la relaci3n entre estas variables podemos observar que: $p = 0.001 < \alpha = 0.005$ con lo que concluimos que existe diferencia significativa y por lo tanto existe relaci3n. Es decir, el sexo influye en la depressi3n de los pacientes, la relaci3n es de 1.4 a 1 (mujeres/hombres).

CUADRO Nro 5. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESION SEGÚN EL ESTADO CIVIL EN LA POBLACION URBANA DE 15 A MÁS AÑOS EN LA CIUDAD DE PUNO. 2005

Depresión		Estado civil			Total
		Casado	Soltero	Conviviente	
Sin depresión	Recuento	18	34	1	53
	% del total	11.7 %	22.1 %	0.6 %	34.4 %
Leve	Recuento	16	26	5	47
	% del total	10.4 %	16.9 %	3.2 %	30.5 %
Moderada	Recuento	17	17	7	41
	% del total	11.0 %	11.0 %	4.5 %	26.6 %
Grave	Recuento	10	3	0	13
	% del total	6.5 %	1.9 %		8.4 %
Total	Recuento	61	80	13	154
	% del total	39.6 %	51.9 %	8.4 %	100.0 %

Fuente: Investigación de la autora

El 51.9 % de nuestra muestra corresponde a solteros: 80 personas. El 39.6 % corresponde a casados: 61 personas y el 8.4 % a convivientes: 13 personas. Si damos equivalencia al estado civil de casados y convivientes el porcentaje sube a 48 %, 74 personas.

Del 51.9 % de solteros, el 29.8 %, o sea, 46 personas, presentan algún grado de depresión, siendo leve en 16.9 %, moderada en 11 % y grave en 1.9 %. En los solteros hay predominancia de depresión leve y moderada.

Del 39.6 % de casados, el 27.9 %, o sea, 43 personas, presentan algún grado de depresión, siendo leve en 10.4 %, moderada en 11 % y grave en 6.5 %. En los casados hay predominancia de depresión moderada e intensa.

Del 8.4 % de convivientes, el 7.7 %, o sea 12 personas, presentan algún grado de depresión, siendo leve en 3.2 % y moderada en 4.5 %.

Si comparamos nuestro estudio con el realizado por Cancha el 2003 (8), encontramos serias discrepancias por que él encontró que el grupo de convivientes presenta una depresión del 23.5 %, seguido por el grupo de solteros con un 20.87, el grupo de casados con un 19,63 % y finalmente el grupo de viudos y divorciados con un 6.23 %. Analizando estos datos, nos damos cuenta que entran en contradicción con la información registrada en la literatura consultada, donde colocan al estado civil de casados y su equivalente de convivencia como un factor protector para no desarrollar depresión, debido al rol protector que una familia “normal” tiene como función, y a la responsabilidad del casado frente a la familia y al estado civil de soltero como un factor de riesgo, debido a que posiblemente están socialmente solos. Tal vez la diferencia se deba a que Cancha trabaja con pacientes hospitalizados y nosotros trabajamos con la población general.

Utilizando la prueba estadística ji cuadrado para ver la relación entre estas variables podemos observar que: $p = 0.007 < \alpha = 0.005$ con lo que concluimos que existe diferencia significativa y por lo tanto existe relación. Es decir, el estado civil influye en la depresión de los pacientes, con una preponderancia de los solteros.

CUADRO Nro 6. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LA POBLACION URBANA DE 15 A MÀS AÑOS EN LA CIUDAD DE PUNO. 2005

Depresión		Grado de instrucción			Total
		Superior	Secundaria	Primaria	
Sin depresión	Recuento	40	12	1	53
	% del total	26.0 %	7.8 %	0.6 %	34.4 %
Leve	Recuento	29	13	5	47
	% del total	18.8 %	8.4 %	3.2 %	30.5 %
Moderada	Recuento	24	15	2	41
	% del total	15.6 %	9.7 %	1.3 %	26.6 %
Grave	Recuento	6	4	3	13
	% del total	3.9 %	2.6 %	1.9 %	8.4 %
Total	Recuento	99	44	11	154
	% del total	64.3 %	28.6 %	7.1 %	100.0 %

Fuente: Investigación de la autora

Del total de 154 personas estudiadas en nuestra muestra, encontramos que 59 personas: 38.3 %, tienen nivel de instrucción superior y presentan algún grado de depresión, siendo leve en 18.8 %, moderada en 15.6 % y grave en 3.9 %. El mayor porcentaje de depresión en el nivel de instrucción superior se explica por el hecho de que las personas más instruidas buscan ayuda más precoz ante sus males, en este caso, la depresión.

Discrepamos con los resultados de Cancha (8) que encuentra depresión en el 47.73% de personas con instrucción secundaria, 17.77% con instrucción primaria y 9.97 % con instrucción superior, debido a que no trabajamos con la misma población.

Utilizando la prueba estadística ji cuadrado para ver la relación entre estas variables podemos observar que: $p = 0.0045 < \alpha = 0.005$ con lo que concluimos que existe diferencia significativa y por lo tanto existe relación. Es decir, el grado de instrucción influye en la depresión de los pacientes. Cuanto mayor grado de instrucción tengan, mayormente asisten a su atención por algún grado de depresión. (la ji cuadrado fue obtenida juntando categorías primaria y secundaria).

RASGOS DE PERSONALIDAD

CUADRO Nro 7. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESION SEGÚN EL RASGO DE PERSONALIDAD EN LA POBLACION URBANA DE 15 A MÁS AÑOS EN LA CIUDAD DE PUNO. 2005.

Depresión	Rasgo de personalidad								Total
	Melancólico Normal	Melancólico Anormal	Colérico normal	Colérico Anormal	Flemático Normal	Flemático anormal	Sanguíneo Normal	Sanguíneo Anormal	
Sin depresión									
Recuento	11	11	13	7	3	1	4	3	53
% del total	7.1 %	7.1 %	8.4 %	4.5 %	1.9 %	0.6 %	2.6 %	1.9 %	34.4 %
Leve									
Recuento	18	11	5	1	8	3	1	0	47
% del total	11.7 %	7.1 %	3.2 %	0.6 %	5.2 %	1.9 %	0.6 %		30.5 %
Moderada									
Recuento	15	16	0	2	6	2	0	0	41
% del total	9.7 %	10.4 %		1.3 %	3.9 %	1.3 %			26.6 %
Grave									
Recuento	5	4	0	0	0	2	1	1	13
% del total	3.2 %	2.6 %				1.3 %	0.6 %	0.6 %	8.4 %
Total									
Recuento	49	42	18	10	17	8	6	4	154
% del total	31.8 %	27.3 %	11.7 %	6.5 %	11.0 %	5.2 %	3.9 %	2.6 %	100 %

Fuente: Investigación de la autora

Para analizar este cuadro debemos tener en cuenta que el rasgo de personalidad melancólico corresponde al introvertido inestable. El colérico corresponde al extrovertido inestable. El flemático corresponde al introvertido estable. El sanguíneo corresponde al extrovertido estable. También debemos tener en cuenta que la depresión se presenta tanto en rasgos de personalidad normales como en rasgos de personalidad anormales que nos

indican una exacerbación de ese tipo de personalidad, entonces este cuadro lo analizaremos tomando en cuenta primero los rasgos de personalidad anormales asociados a depresión, segundo los rasgos de personalidad normal asociados a depresión y en tercer lugar los rasgos de personalidad normal y anormal asociados a depresión.

Rasgos de personalidad anormal asociados a depresión.

Del total de 154 personas de la muestra, 31 (20.1 %) presentan rasgos de personalidad anormal del tipo melancólico anormal (introvertido – inestable) y algún grado de depresión, siendo leve en el 7.1 %, moderada en el 10.4 % y grave en el 2.6 %. 3 (1.9 %) presentan rasgos de personalidad anormal del tipo colérico anormal (extrovertido – inestable) y algún grado de depresión, siendo leve en el 0.6 %, y moderada en el 1.3 %. Del total de 154 personas de la muestra, 7 (4.5 %) presentan rasgos de personalidad anormal del tipo flemático anormal (introvertido – estable) y algún grado de depresión, siendo leve en el 1.9 %, moderada en el 1.3 % y grave en el 1.3 %. Del total de 154 personas de la muestra, 1 (0.6 %) presentan rasgos de personalidad anormal del tipo sanguíneo anormal (extrovertido – estable) y depresión grave en el 0.6 %.

En conclusión, 42 personas: 27.1 %, presentan rasgos de personalidad anormal asociada a algún grado de depresión.

Rasgos de personalidad normal asociados a depresión.

Del total de 154 personas de la muestra, 38 (24.6 %) presentan rasgos de personalidad normal del tipo melancólico normal (introvertido – inestable) y algún grado de depresión, siendo leve en el 11.7 %, moderada en el 9.7 % y grave en el 3.2 %

Del total de 154 personas de la muestra, 5 (3.2 %) presentan rasgos de personalidad normal del tipo colérico normal (extrovertido – inestable) y algún grado de depresión, siendo leve en el 3.2 %.

Del total de 154 personas de la muestra, 14 (9.1 %) presentan rasgos de personalidad normal del tipo flemático normal (introvertido – estable) y algún grado de depresión, siendo leve en el 3.2 % y moderada en el 5.9 %.

Del total de 154 personas de la muestra, 2 (1.2 %) presentan rasgos de personalidad normal del tipo sanguíneo normal (extrovertido – estable) y depresión leve en el 0.6 % y grave en el 0.6 %.

En conclusión, 59 personas: 38.1 %, presentan rasgos de personalidad normales asociados a algún grado de depresión.

Rasgos de personalidad normal y anormal asociados a depresión.

Del total de 154 personas de la muestra, 29 (18.8 %) presentan rasgos de personalidad del tipo melancólico normal y melancólico anormal (introvertido – inestable) y depresión leve. 6 (3.8 %) presentan rasgos de personalidad del tipo colérico normal y colérico anormal (extrovertido – inestable) y depresión leve. 11 (7.1 %) presentan rasgos de personalidad del tipo flemático normal y flemático anormal (introvertido – estable) y depresión leve. 1 (0.6 %) presentan rasgos de personalidad del tipo sanguíneo normal y sanguíneo anormal (extrovertido – estable) y depresión leve.

En conclusión, 47 personas (30.5 %) tienen rasgos de personalidad normal o anormal asociados a depresión leve.

Del total de 154 personas de la muestra, 31 (20.1 %) presentan rasgos de personalidad del tipo melancólico normal y melancólico anormal (introvertido – inestable) y depresión moderada. 2 (1.3 %) presentan rasgos de personalidad del tipo colérico normal y colérico anormal (extrovertido – inestable) y depresión moderada. 8 (5.2 %) presentan rasgos de personalidad del tipo flemático normal y flemático anormal (introvertido –

estable) y depresión moderada. 0 (0 %) presentan rasgos de personalidad del tipo sanguíneo normal y sanguíneo anormal (extrovertido – estable) y depresión moderada.

En conclusión, 41 personas (26.6 %) tienen rasgos de personalidad normal o anormal asociados a depresión moderada.

Del total de 154 personas de la muestra, 9 (5.8 %) presentan rasgos de personalidad del tipo melancólico normal y melancólico anormal (introvertido – inestable) y depresión grave. 0 (0 %) presentan rasgos de personalidad del tipo colérico normal y colérico anormal (extrovertido – inestable) y depresión grave. 2 (1.3 %) presentan rasgos de personalidad del tipo flemático normal y flemático anormal (introvertido – estable) y depresión grave. 2 (1.3 %) presentan rasgos de personalidad del tipo sanguíneo normal y sanguíneo anormal (extrovertido – estable) y depresión grave. En conclusión, 13 personas (8.4 %) tienen rasgos de personalidad normal o anormal asociados a depresión grave.

Utilizando la prueba estadística ji cuadrado para ver la relación entre estas variables podemos observar que: $p = 0.002 < \alpha = 0.005$ con lo que concluimos que existe diferencia significativa y por lo tanto existe relación. Es decir, los rasgos de personalidad influyen en la depresión de los pacientes. (es un resultado conservador debido a que la distribución es muy extensa en cuanto a categorías de las variables).

COMPONENTES DEL APOYO SOCIAL – FAMILIAR

CUADRO Nro 8. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN EL TIPO DE FAMILIA EN LA POBLACION URBANA DE 15 A MÁS AÑOS EN LA CIUDAD DE PUNO. 2005.

Depresión		Tipo de familia				Total
		Nuclear	Incompleta	Compuesta	No tiene	
Sin depresión	Recuento	33	8	11	1	53
	% del total	21.4 %	5.2 %	7.1 %	0.6 %	34.4 %
Leve	Recuento	25	6	15	1	47
	% del total	16.2 %	3.9 %	9.7 %	0.6 %	30.5 %
Moderada	Recuento	24	8	8	1	41
	% del total	15.6 %	5.2 %	5.2 %	0.6 %	26.6 %
Grave	Recuento	7	5	1	0	13
	% del total	4.5 %	3.2 %	0.6 %		8.4 %
Total	Recuento	89	27	35	3	154
	% del total	57.8 %	17. %	22.7 %	1.9 %	100 %

Fuente: Investigación de la autora

Del total de 154 personas de la muestra, 89 (57.8 %) tienen una familia de tipo nuclear, de éstas 56 (36.3 %) presentan algún grado de depresión, siendo leve en el 16.2 %, moderada en el 15.6 % e intensa en el 4.5 %. Nosotros sabemos que una familia nuclear protege a sus miembros en varios aspectos, en este caso de la depresión, sin embargo, hemos encontrado 36.3 % de depresión; esto se puede explicar por el instrumento de detección de la depresión que hemos utilizado (Test de Zung), por que también se está detectando las depresiones enmascaradas, por que en estas familias nucleares está fallando

la dinàmica familiar, no hay un nivel de confianza y comunicaciòn adecuados entre sus miembros o hay descuido familiar por las múltiples actividades laborales de los miembros de la familia que tambièn interfieren con una adecuada dinàmica familiar.

Del total de 154 personas de la muestra, 35 (22.7 %) tienen una familia de tipo compuesta, de èstas 24 (15.5 %) presentan algùn grado de depresiòn, siendo leve en el 9.7 %, moderada en el 5.2 % e intensa en el 0.6 %.

Del total de 154 personas de la muestra, 27 (17 %) tienen una familia de tipo incompleta, de èstas 19 (12.3 %) presentan algùn grado de depresiòn, siendo leve en el 3.9 %, moderada en el 5.2 % e intensa en el 3.2 %..

Del total de 154 personas de la muestra, 3 (1.9 %) no tiene familia, de èstas 2 (1.2 %) presentan algùn grado de depresiòn, siendo leve en el 0.6 % y moderada en el 0.6 %.

Utilizando la prueba estadística ji cuadrado para ver la relación entre estas variables podemos observar que: $p = 0.244 > \alpha = 0.005$ con lo que concluimos que no existe diferencia significativa y por lo tanto no existe relación. Es decir, el tipo de familia no influye en la depresiòn (por las restricciones de la ji cuadrado, se ha juntado categorías compuesta y no tiene relación)

CUADRO Nro 9. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESION SEGÚN LA DINAMICA FAMILIAR EN LA POBLACION URBANA DE 15 A MÁS AÑOS EN LA CIUDAD DE PUNO. 2005.

Depresión		Dinámica familiar			Total
		Armónica	Conflictiva	Inestable	
Sin depresión	Recuento	39	3	11	53
	% del total	25.3 %	1.9 %	7.1 %	34.4 %
Leve	Recuento	35	5	7	47
	% del total	22.7 %	3.2 %	4.5 %	30.5 %
Moderada	Recuento	29	3	9	41
	% del total	18.8 %	1.9 %	5.8 %	26.6 %
Grave	Recuento	5	4	4	13
	% del total	3.2 %	2.6 %	2.6 %	8.4 %
Total	Recuento	108	15	31	154
	% del total	70.1 %	9.7 %	20.1 %	100.0 %

Fuente: investigación de la autora

Tienen una dinámica familiar armónica 69 personas (44.7 %), de éstas 35 (22.7 %) presentan depresión leve, 29 (18.8 %), depresión moderada y 5 (3.2 %) depresión intensa.

Tienen una dinámica familiar inestable 20 personas (12.9 %), de éstas 7 (4.5 %) presentan depresión leve, 9 (5.8 %), depresión moderada y 4 (2.6 %) depresión intensa.

Tienen una dinámica familiar conflictiva 12 personas (7.7 %), de éstas 5 (3.2 %) presentan depresión leve, 3 (1.9 %), depresión moderada y 4 (2.6 %) depresión intensa.

Utilizando la prueba estadística ji cuadrado para ver la relación entre estas variables podemos observar que: $p = 0.10 > \alpha = 0.005$ con lo que concluimos que no existe diferencia significativa al 5%, pero si existe diferencia significativa al 10%. Esta variable si influye en la depresión.

CUADRO Nro 10. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESION SEGÚN ACTITUD DE LA FAMILIA FRENTE AL PACIENTE EN LA POBLACION URBANA DE 15 A MÁS AÑOS EN LA CIUDAD DE PUNO. 2005

Depresión		Actitud de la familia frente al paciente		Total
		Aceptación /Comprensión	Rechazo/Indiferencia	
Sin depresión	Recuento	50	3	53
	% del total	32.5 %	1.9 %	34.4 %
Leve	Recuento	42	5	47
	% del total	27.3 %	3.2 %	30.5 %
Moderada	Recuento	38	3	41
	% del total	24.7 %	1.9 %	26.6 %
Grave	Recuento	8	5	13
	% del total	5.2 %	3.2 %	8.4 %
Total	Recuento	138	16	154
	% del total	89.6 %	10.4 %	100.0 %

Fuente: Investigación de la autora

Cuentan con una actitud de la familia frente al paciente de aceptación y comprensión 88 personas (57.2 %), de éstas 42 (27.3 %) presentan depresión leve, 38 (24.7 %), depresión moderada y 8 (5.2 %) depresión intensa.

Utilizando la prueba estadística ji cuadrado para ver la relación entre estas variables podemos observar que: $p = 0.005 \leq \alpha = 0.005$ con lo que concluimos que existe diferencia

significativa y por lo tanto existe relación. Es decir, la actitud de la familia influye en la depresión de los pacientes.

CUADRO Nro 11. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESION SEGÚN LAS RELACIONES VECINALES EN LA POBLACION URBANA DE 15 A MÁS AÑOS EN LA CIUDAD DE PUNO. 2005.

Depresión		Relaciones vecinales		Total
		Aceptación Comprensión	Rechazo Indiferencia	
Sin depresión	Recuento	44	9	53
	% del total	28.6 %	5.8 %	34.4 %
Leve	Recuento	39	8	47
	% del total	25.3 %	5.2 %	30.5 %
Moderada	Recuento	33	8	41
	% del total	21.4 %	5.2 %	26.6 %
Grave	Recuento	8	5	13
	% del total	5.2 %	3.2 %	8.4 %
Total	Recuento	124	30	154
	% del total	80.5 %	19.5 %	100.0 %

Fuente: Investigación de la autora

Cuentan con una relación vecinal de aceptación y comprensión 80 personas (51.9 %), de éstas 39 (25.3 %) presentan depresión leve, 33 (21.4 %), depresión moderada y 8 (5.2 %) depresión intensa. Utilizando la prueba estadística ji cuadrado para ver la relación entre estas variables podemos observar que: $p = 0.337 > \alpha = 0.005$ con lo que concluimos que no existe diferencia significativa y por lo tanto no existe relación. Es decir, las relaciones vecinales no influyen en la depresión de los pacientes.

CUADRO Nro 12. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESION SEGÚN SOPORTE FAMILIAR EN LA POBLACION URBANA DE 15 A MÁS AÑOS EN LA CIUDAD DE PUNO. 2005.

Depresión		Soporte familiar				Total
		Familia de origen	Familia colateral	Amigo Vecino	Institución benèfica	
Sin depresión	Recuento	47	5		1	53
	% del total	30.5 %	3.2 %		0.6 %	34.4 %
Leve	Recuento	40	6	1		47
	% del total	26.0 %	3.9 %	0.6 %		30.5 %
Moderada	Recuento	31	9	1		41
	% del total	20.1 %	5.8 %	0.6 %		26.6 %
Grave	Recuento	10	3	0		13
	% del total	6.5 %	1.9 %		0	8.4 %
Total	Recuento	128	23	2	1	154
	% del total	83.1 %	14.9 %	1.3 %	0.6 %	100 %

Fuente: Elaborada por la ejecutora

Cuentan con un soporte familiar a cargo de la familia de origen 81 personas (52.6 %), de éstas 40 (26 %) presentan depresión leve, 31 (20.1 %), depresión moderada y 10 (6.5 %) depresión intensa. Utilizando la prueba estadística ji cuadrado para ver la relación entre estas variables podemos observar que: $p = 0.347 > \alpha = 0.005$ con lo que concluimos que no existe diferencia significativa y por lo tanto no existe relación. Es decir, el soporte familiar no influye en la depresión de los pacientes.

APOYO SOCIAL

CUADRO Nro 13. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESION SEGÚN LA RED SOCIAL EN LA POBLACION URBANA DE 15 A MÁS AÑOS EN LA CIUDAD DE PUNO. 2005.

Depresión		Red social		Total
		Familia	Amigos	
Sin depresión	Recuento	40	13	53
	% del total	26.0 %	8.4 %	34.4 %
Leve	Recuento	37	10	47
	% del total	24.0 %	6.5 %	30.5 %
Moderada	Recuento	30	11	41
	% del total	19.5 %	7.1 %	26.6 %
Grave	Recuento	8	5	13
	% del total	5.2 %	3.2 %	8.4 %
Total	Recuento	115	39	154
	% del total	74.7 %	25.3 %	100.0 %

Fuente: Investigación de la autora

Cuentan con una red social familiar 75 personas (48.7 %), de éstas 37 (24 %) presentan depresión leve, 30 (19.5 %), depresión moderada y 8 (5.2 %) depresión grave. Utilizando la prueba estadística ji cuadrado para ver la relación entre estas variables podemos observar que: $p = 0.646 > \alpha = 0.005$ con lo que concluimos que no existe diferencia significativa y por lo tanto no existe relación. Es decir, la red social no influye en la depresión de los pacientes.

CUADRO Nro 14. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESION SEGÚN LA INTERACCION SOCIAL EN LA POBLACION URBANA DE 15 AMÁS AÑOS EN LA CIUDAD DE PUNO. 2005.

Depresión		Interacción social			Total
		Presente	Eventual	Ausente	
Sin depresión	Recuento	40	12	1	53
	% del total	26.0 %	7.8 %	0.6 %	34.4 %
Leve	Recuento	26	20	1	47
	% del total	16.9 %	13.0 %	0.6 %	30.5 %
Moderada	Recuento	26	15	0	41
	% del total	16.9 %	9.7 %		26.6 %
Grave	Recuento	9	4	0	13
	% del total	5.8 %	2.6 %		8.4 %
Total	Recuento	101	51	2	154
	% del total	65.6 %	33.1 %	1.3 %	100.0 %

Fuente: Investigación de la autora

Cuentan con una interacción social presente 61 personas (39.6 %), de éstas 26 (16.9 %) presentan depresión leve, 26 (16.9 %) depresión moderada y 9 (5.8 %) depresión intensa.

Cuentan con una interacción social eventual 39 personas (25.3 %), de éstas 20 (13 %) presentan depresión leve, 15 (9.7 %) depresión moderada y 4 (2.6 %) depresión intensa.

Utilizando la prueba estadística ji cuadrado para ver la relación entre estas variables podemos observar que: $p = 0.436 > \alpha = 0.005$ con lo que concluimos que no existe diferencia significativa y por lo tanto no existe relación. Es decir, la interacción social no influye en la depresión de los pacientes.

CUADRO Nro 15. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESION SEGÚN EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN LA POBLACION URBANA DE 15 A MÀS AÑOS EN LA CIUDAD DE PUNO. 2005.

Depresión		Apoyo social percibido					Total
		Apoyo Emocional	Socialización	Asistencia Práctica	Ayuda financiera	Consejo ayuda	
Sin depresión	Recuento	13	15	1	7	17	53
	% del total	8.4 %	9.7 %	0.6 %	4.5 %	11.0 %	34.4%
Leve	Recuento	18	13	1	4	11	47
	% del total	11.7 %	8.4 %	0.6 %	2.6 %	7.1 %	30.5%
Moderada	Recuento	14	12	3	3	9	41
	% del total	9.1 %	7.8 %	1.9 %	1.9 %	5.8 %	26.6%
Grave	Recuento	4	1	3	2	3	13
	% del total	2.6 %	0.6 %	1.9 %	1.3%	1.9 %	8.4%
Total	Recuento	49	41	8	16	40	154
	% del total	31.8 %	26.6 %	5.2 %	10.4 %	26.0 %	100

Fuente: Investigación de la autora

El apoyo social percibido es del tipo de apoyo emocional en 36 personas (23.4 %), de éstas 18 (11.7 %) presentan depresión leve, 14 (9.1 %) depresión moderada y 4 (2.6 %) depresión intensa.

El apoyo social percibido es del tipo de socialización en 26 personas (16.8 %), de éstas 13 (8.4 %) presentan depresión leve, 12 (7.8 %) depresión moderada y 1 (0.6 %) depresión intensa.

El apoyo social percibido es del tipo de consejo – ayuda (no financiera) en 23 personas (14.8 %), de éstas 11 (7.1 %) presentan depresión leve, 9 (5.8 %) depresión moderada y 3 (1.9 %) depresión intensa.

Utilizando la prueba estadística ji cuadrado para ver la relación entre estas variables podemos observar que: $p = 0.179 > \alpha = 0.005$ con lo que concluimos que no existe diferencia significativa y por lo tanto no existe relación. Es decir, el apoyo social percibido no influye en la depresión de los pacientes.

CUADRO Nro 16. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESION SEGÚN EL SOPORTE INSTRUMENTAL EN LA POBLACION URBANA DE 15 A MÁS AÑOS EN LA CIUDAD DE PUNO. 2005.

Depresión		Soporte instrumental		Total
		Cantidad	Calidad	
Sin depresión	Recuento	11	42	53
	% del total	7.1 %	27.3 %	34.4 %
Leve	Recuento	15	32	47
	% del total	9.7 %	20.8 %	30.5 %
Moderada	Recuento	14	27	41
	% del total	9.1 %	17.5 %	26.6 %
Grave	Recuento	5	8	13
	% del total	3.2 %	5.2 %	8.4 %
Total	Recuento	45	109	154
	% del total	29.2 %	70.8 %	100.0 %

Fuente: Investigación de a autora

Reciben soporte instrumental de calidad 67 personas (43.5 %), de estas 32 (20.8 %) presentan depresión leve, 27 (17.5 %) depresión moderada y 8 (5.2 %) depresión intensa.

Utilizando la prueba estadística ji cuadrado para ver la relación entre estas variables podemos observar que: $p = 0.389 > \alpha = 0.005$ con lo que concluimos que no existe diferencia significativa y por lo tanto no existe relación. Es decir, el soporte instrumental no influye en la depresión de los pacientes.

ADAPTACIÓN SOCIAL

CUADRO Nro 17. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESION SEGÚN LA ADAPTACION SOCIAL EN LA POBLACION URBANA DE 15 AMÀS AÑOS EN LA CIUDAD DE PUNO. 2005.

Depresión		Adaptación social			Total
		Desadaptación social	Normalidad	“Superadaptación” patológica	
Sin depresión	Recuento	3	50	0	53
	% del total	2 %	32.4 %		34.4 %
Leve	Recuento	8	38	1	47
	% del total	5.2 %	24.6 %	0.6 %	30.5 %
Moderada	Recuento	7	34	0	41
	% del total	4.5 %	22.1 %		26.6 %
Grave	Recuento	7	6	0	13
	% del	4.5 %	3.9 %		8.4 %
total					
Total	Recuento	25	128	1	154
	% del total	16.2 %	83.1 %	0.6 %	100.0 %

Fuente: Investigación de la autora

Observamos que en 3 personas pese a no tener ningún tipo de depresión, presentan desadaptación social; esto lo explicamos a través de la multifactorialidad o multicausalidad de los procesos y/o trastornos mentales. En estas personas, la depresión, no constituye un factor importante para que estén desadaptados socialmente, probablemente tengan alguna otra patología psiquiátrica y/o física que esté determinando esta condición, por ejemplo, alcoholismo, trastornos de relación de pareja, trastorno de adaptación, estrés, enfermedad física, etc., que se deberá tomar en cuenta.

En las 22 personas (14.3 %) que presentan algún tipo de depresión y que a la vez presentan desadaptación social, predomina mínimamente la depresión leve, que estadísticamente no es significativa por lo que podemos afirmar que la desadaptación social se presenta en la depresión leve, moderada e intensa por igual.

Sólo hemos encontrado un caso de “superadaptación” patológica en una persona con depresión leve.

CUARTO CAPÍTULO

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Existe un 65.5 % en la población general en la ciudad de Puno que presenta algún grado de depresión. Siendo leve en 30.5 %, moderada en 26.6 % e intensa en 8.4 %. El 34.4% de personas de la población general de esta ciudad no presentan depresión.

SEGUNDA.- El grupo etario más afectado por la depresión es el de 21 a 30 años. El 38.3% de la muestra estudiada son estudiantes, siendo el grupo ocupacional más afectado. Es ligeramente mayor en mujeres. Es mayor en el estado civil de solteros. La depresión es mayor en el grado de instrucción superior. En la personalidad melancólica – anormal que se corresponde con la introversión – inestabilidad. En las familias de tipo nuclear. Con una dinámica familiar armónica. La actitud de la familia frente al paciente y las relaciones vecinales son de aceptación y comprensión. El soporte familiar está a cargo de la familia de origen. Cuentan con una red de apoyo social familiar. Tienen interacción

social presente eventual. Cuentan con un apoyo social percibido de tipo emocional y con soporte instrumental de calidad. El 14.3 % de personas que presentan algún tipo de depresión, también presentan desadaptación social.

TERCERA.- Los factores que influyen en la depresión, sustentados en la prueba del ji cuadrado son los siguientes: La ocupación. El sexo. El estado civil. El grado de instrucción. Los rasgos de personalidad. La dinámica familiar y La actitud de la familia frente al paciente.

CUARTA.- Los factores que no influyen en la depresión, sustentados en la prueba del ji cuadrado son los siguientes: La edad. El tipo de familia. Las Relaciones vecinales. El soporte familiar a cargo de la familia de origen. La red social familiar. La interacción social presente eventual. El apoyo social percibido de tipo emocional y El soporte instrumental

RECOMENDACIONES

PRIMERA.- Debido a la alta prevalencia 65.5 %, de algún grado de depresión (leve 30.5 %, moderada 26.6 % y grave 8.4 %), en la ciudad de Puno, y a su relación directa con varios factores psicosociales, ésta debe considerarse como un problema de salud pública que debe ser tomado en cuenta por las autoridades sanitarias y por el gobierno local y central, en la decisión política, para afrontarlo.

SEGUNDA.- Sensibilizar a la población a través de los medios de comunicación masiva acerca de los signos y síntomas de una depresión y/o depresión enmascarada para su detección precoz y mejorar la calidad de vida de la población.

TERCERA.- Trabajar en difundir, reforzar y propiciar el manejo adecuado de los diferentes componentes de los factores psicosociales y como influyen en la depresión, a nivel de los colegios y en la comunidad en general.

CUARTA.- Capacitación permanente y continua a los trabajadores de salud para una detección precoz y temprana de la depresión, de tal manera que se realice la captación y seguimiento de los pacientes.

QUINTA.- Creación de un Servicio de Salud Mental que cuente con un equipo completo de técnicos y profesionales incluidos sociólogos y antropólogos en los diferentes Centros de Salud, para lograr una buena adaptación social y mejorar los estilos de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. AKISKAL, M.; McKINNEY, W.

1973 Depressive disorders: Toward a unified hipótesis. Science, 182, 20-29. En Vallejo Ruiloba *“Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría”* Ed. Masson. Barcelona 2002.

2. AKISKAL, M.; McKINNEY, W.

1975 Overview of recent research in depression. Arch. Gen. Psychiatry. 32, 285-305.

3. BECK, A.; WYNNENDOD, P.

1964 Thinking and depresión. Arch. Gen. Psychiatry, 10, 561-571.

4. BELLOCH, S.; RAMOS, F.

1995 Manual de Psicopatología. Editorial McGraw-Hill/Interamericana. España

5. BOBES, J.; PORTILLA, M.; BASCARÁN, M.; et al

2002 Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2ª. Edición. Psiquiatría Editores. Barcelona

6. BROWN, G.; HARRIS, T.

1978 Social origins of depression. A study of psyquiatry disorder in women.
Tavistock, Londres

7. BROWN, G.; MORAN, P

1994 cal and psychosocial origins of cronic depressive episodes I: A community
survey. Br. J. Psychiatry, 165, 447-456-

8. CANCHA GUTIERREZ, Miguel

2003 “Factores de Riesgo asociados a Depresión en pacientes hospitalizados,
Hospital Manuel Nuñez Butròn de Puno (Abril-Junio 2003)”. Tesis para
optar el Título Profesional de Médico Cirujano UNA-Puno 2003.

9. CÁRDENAS ROSAS, Marcos et al

2000 “Despistaje de Depresión en Estudiantes Universitarios de los dos primeros
años de la Facultad de Medicina de la UNMSM-Lima 2000”. Tesis para
optar el título de Médico Cirujano

10. CAÑEDO DORANTES LUIS

1987 Investigación Clínica. Editorial Interamericana McGraw-Hill

11. CEA D'ANCONA, MARIA ANGELES

2000 Metodología cuantitativa: Estrategias y Técnicas de Investigación Social.
Editorial Síntesis. Madrid.

12. CORNEJO ASTIETA MARIA EUGENIA

1997 Depresión en pacientes ambulatorios de medicina del Hospital Hipólito
Unanue de Tacna. Tesis UNAS Arequipa, julio de 1997.

13. COSTA e SILVA, J.A.

1995 "Trastornos Distímicos" Universidad de Río de Janeiro. Facultad de Ciencias Médicas. Hospital Universitario Rua Getúlio Das Neves 22. Rio de Janeiro Brasil. Diciembre 1995

14. COTTRAUX, P.

1981 Aspectos cognitivos comportamentales. Cah. Med. 6, 22, 14-15, 1981.

15. CHAMBILLA FLORES, Amelia

2003 "Tipos de personalidad y grado de depresión que desarrollan los estudiantes de medicina de la UNA-Puno 2003". Tesis para optar el Título de Médico Cirujano UNA Puno, 2003.

16. CHAMPION, L.

1990 The relationship between social vulnerability and the occurrence of severely threatening life events. Psychol. Med., 20, 157-161.

17. CHURACUTIPA HUANACUNI, Genoveva

1998 "Influencia del Grado de Depresión en Estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UNA-Puno, 1998" Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería UNA Puno.

18. D'HAENEN, H.

1997 Brain imaging in depression. En Honing, A.; Van Praag, H. "*depresión: Neurobiological, Psychopathological and Therapeutic Advances*" Jhon Wiley & Sons, Chitester

19. DUFFY, A.; GROF, P.; ROBERTSON, C.; y ALDA, M.

2000 The implications of genetic studies of major mood disorders for clinical practice. J- Clin. Psychiatry, 61, 630-637, 2000.

20. ELKIS, H.; FRIEDMAN, L.; WISW, A.; MELTZER, H.

1995 Meta-análises of studies of ventricular enlargement and sulcal prominence in mood disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 52, 735-746.

21. FAÑANAS, L.; GUTIERREZ, B., y BERTRAN PETIT, J.

1996 Marcadores genéticos en los trastornos afectivos. *Monografía de Psiquiatría*, 8, 4, 2-20. 1996

22. FERNÁNDEZ ANAN, Alberto

2000 "Cuando la mente se enferma" Boletín informativo. Julio 2000 (Internet)

23. FLOR-HENRY, P.

1983 *Cerebral basis of psychopathology*. J. Wright, Boston

24. GARLOW, S.; MUUSSELMAN, D., y NEMEROFF, CH.

1999 The neurochemistry of mood disorder: clinical studies. En Charney, D.S.; Nestler, E.J., y Bruni, B. S. directores. *Neurobiology of mental illness*. Oxford University Press. Nueva Cork 1999.

25. GAST, N.; GILDORSE, V.; ABOU-SALEH, M., y NGO-KHAC, T.

1992 Clinical correlatos of response to DST. The Dexamethasone Supresión Test in depresión: A World Health Organisation Collaborative Study. *J. Affecy Dis.*, 26, 17-24, 1992

26. GASTO, C.

1996 Marcadores biológicos en la melancolía. *Monografía psiquiátrica*, 8, 3, 21-30, 1996

27. HARLOW, M.: HARLOW, H.

1996 Affection in primates. *Discovery*, 27, 11-17

28. HARRIS, T.; BROWWN, G.
1996 Social causes of depression. *Curr. Opin. Psychiatr.*, 9, 3-10
29. JANOWSKY, D.; Et al.
1988 *Neurochemistri of depression and mania: Depression and mania*. Elsevier, New York
30. KAPLAN, H.; SADOCK, B.
2003 *Sinopsis de Psiquiatria*. 8va. Edició Editorial Mèdica Panamericana. Madrid, España.
31. KEITNER, G.; MILLER, i.
1990 Family functioning and major depression: an overview. *Am. J. Psychiatry*, 147, 1128-1137
32. KENDLER, K.,y HAYS, P.
1981 Paranoia psychosis and schizopenia. *Arch. Gen- Psychiatry*, 38, 547 – 551
33. KESSLER, R.; WALTERS, E.; FORTHOFFER, M.
1998 The social consequences of psychiatric disorders. III probability of marital stability. *Am. J. Psyciatry*, 155, 1092-1096
34. KINSBOURNE, M.
1988 *Cerebral hemisphere function in depression*. Asociación Psiquiàtrica Americana, Washington.
35. LARA, Asunciòn
1989 “Estudio Transcultural de la Personalidad en Mèxico.1989”
36. LAROUSSE
2000 *Diccionario enciclopèdico*

37. LISTA V., Alvaro

2000 "Depresión". Revista Psiquiátrica Peruana.6:34-38. Año 2000

38. LOPEZ – IBOR, J.

1988 The involvement of serotonin in psychiatric disorders and behaviour. Br. J. Psychiatry 153 (suppl. 3), 26-39, 1988.

39. LORANGER, A.

1981 Genetic independence of manic depression and schizophrenia. Acta Psychiatrica Scand., 5, 444-452, 1981.

40. MAAS, J.

1975 Biogenic amines and depression : Biochemical pharmacological separation of two types of depression. Arch. Gen. Psychiatry; 32: 1357-1361

41. MELENDEZ ALVAREZ, JAVIER

2000 Prevalencia de depresión y factores asociados en ancianos residentes en la ciudad de Puno – Julio 2000. Tesis UNA Puno. Setiembre del 2000.

42. MELTZER, H., y LOWY, M.

1987 The serotonin hypothesis of depression. The third Generation of progress. Raven Press, Nueva York, 1987.

43. MENDLEWICZ, J.

1981 Genetics of depression and mania. Elsevier. Nueva Cork. Psychiatric Scand 5, 444-452.

44. MILLA BATRES, CARLOS

1995 Atlas Histórico y Geográfico del Perú. Editorial Milla Batres. Lima

45. MINISTERIO DE SALUD

2003 Dirección General de Estadística e Informática. Dirección de Salud de Puno:
Oficina de Estadística e Informática.

46. MONTOYA, A.; PERALES, A.; SOGI, C.

1986 Estructura social y recursos de salud en la explicación de las tasas de morbilidad psiquiátrica. Revista Anales de Salud Mental Lima Perú, 1986 III: 82-89.

47. MORENO, F.; GELENBERG, A., y HENINGER, G. y cols.

1999 Tryptophan depletion and depletion and depressive vulnerability. Biol. Psychiatric, 46, 498-505, 1999.

48. MORLA B., Ricardo; SAAD DE JANON, Emma

1995 “Depresión en la Adolescencia y Desestructuración Familiar en la Ciudad de Guayaquil”. Rev. Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce” Guayaquil/Ecuador

49. MORMONTOY W.

1994 Elaboración del Protocolo de Investigación en ciencias de la salud. Editorial Laboratorios Boehringer Perú. 2da edición 1994, 46 – 63

50. MURPHY, D.; CAMBELL, I.; COSTA, J.

1982 Estado actual de la hipótesis indolamínica de los trastornos afectivos. En Lipton M.; Di Marcio, A; Killan, K. “*Psicofarmacología a los treinta años de progreso*” Barcelona pp 1367-1379

51. NURNBERGER, J., y GERSHON, E.

1992 Genetics. En Paykel, E.: Handbook of Affective Disorders. Churchill Livingstone. Edimburgo, 1992.

52. ORTEGA SOTO, H. A.

1995 "La Depresión en los Estudiantes Universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales del Plantel Aragón". Salud Mental 1995; 18 (2): 31

53. RAMOS AGUIRRE; et al

2001 "Perfil de Personalidad de Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia Lima". Revista de Neuro-Psiquiatria, 64:51-70, 2001

54. RIBEIRO, S.; TANDON, R.; GRUNHAUS, L., y GREDEN, J.

1993 The DST as a predictor of outcome in depresión a meta-analysis. Am. J. Psychiatric, 150, 1618-1629, 1993.

55. ROJAS HUERTO, Edgar

1992 "Influencia de la Depresion en la Recuperación Física de los Pacientes con Secuela Motora de Enfermedad Vasculat Cerebral". Hospital Guillermo Almenara Irigoyen 1999-2000. Tesis Doctoral. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

56. ROSELLÒ, Luisa; MARTINES, Nieves

1995 "Relación entre la Función Familiar y Depresión". Rev. Psiquiatria Puerto Rico

57. SACKEIM, H.; STEIF, B.

1988 Neuropsychology od Depression and Mania. En Georgotas, A.; Cancro, R. "Depresión and Mania" Elsevier, Nueva Cork.

58. SALAZAR y ALARCÓN; Victor

1993 "Personalidad en Jóvenes Universitarios que viven en diferentes altitudes" Tesis Universitaria.

59. SCHILDKRAUT, J.

1982 Estado actual de la hipótesis catecolaminica en los trastornos afectivos. En Lipton, M.; Di Marcio, A.; Killan, K. "*Psicofarmacología a los treinta años de progreso*". Barcelona pp 1367-1379

60. SELIGMAN, M.

1981 Indefensión. Debate. Madrid. En Vallejo Ruiloba "*Introsucción a la Psicopatología y la Psiquiatría*" Barcelona 2002.

61. SILVERSTONE, T.; ROMANS, S.

1989 Bipolar affectiv disorder: Causes and prevention of relapse. Br. J. Psychiatry, 154, 321.335

62. SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE INFORMACIÓN CIENTIFICA (SIIC).

1998 Consejo de Dirección: Av. Belgrano 430, (1092). Buenos Aires. Argentina. British Medical Journal 317:982-984. 1998

63. U.S. Department of Health and Human Services.

1993 Depression in primary care. Treatment of mayor depression". Public Health Service, Maryland, 1993, 2: 7 -10.

64. VALLEJO, J.

1999 Teorias bioquímicas clásicas de la depresión: Depresión y noradrenalina. Doyma. Barcelona,, 1999.

65. VALLEJO RUILOBA, J.

2002 "Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría" Barcelona 2002.

66. WEBB RICHARD; FERNANDEZ BACA, G.

1996 "Anuario estadístico: Perú en números". 1996

67. VILCA ACHATA Edwin

2001 Incidencia de riesgo suicida y su relación con depresión en pacientes adultos que acuden a consultorios externos del Hospital Carlos Momge Medrano de Juliaca (Junio a Julio del 2001). Tesis UNA- Puno

68. VILCHEZ SALCEDO Luis

2002 Relación entre red social e intentos suicidas en pacientes que acuden al servicio de emergencia de un hospital psiquiátrico. Archivos Peruanos de Psiquiatría y Salud Mental. Enero – Junio 2000. Vol. 4 N° 1: 33:50.

ANEXOS

FORMATO DE RECEPCIÓN DE PACIENTES CON INTENTO SUICIDA

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Nombre Edad Sexo

Estado civil Grado de instrucción Ocupación

Método empleado Hora Día Barrio

.....

Concepción sobre la eficacia del método

Modificaciones que se esperan por el fracaso del intento

Seriedad del método según apreciación del observador

Condición y/o situación precipitante

Planes para el futuro

Intento suicida y/o suicidios consumados en la familia

ANEXO A

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG

Nombre Edad Domicilio HC:

Guía para la puntuación de la escala de autovaloración de la depresión	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1. Me siento abatido y melancólico					
2. Por las mañanas es cuando me siento mejor					
3. Tengo accesos de llanto o ganas de llorar					
4. Duermo mal					
5. Tengo tanto apetito como antes					
6. Aún me atraen las personas del sexo opuesto					
7. Noto que estoy perdiendo peso					
8. Tengo trastornos intestinales y estreñimiento					
9. Me late el corazón más de prisa que de costumbre					
10. Me canso sin motivo					
11. Tengo la mente tan clara como antes					
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes					
13. Me siento nervioso y no puedo estar quieto					
14. Tengo esperanza en el futuro					
15. Estoy más irritable que antes					
16. Me es fácil tomar decisiones					
17. Me siento útil y necesario					
18. Me satisface mi vida actual					
19. Creo que los demás estarían mejor si yo muriera					
20. Disfruto de las mismas cosas que antes					
..... Puntuación total					

ANEXO B

INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK

forma "B" Adultos

Nombre..... Edad..... Ocupación..... Sexo....
 Domicilio.....HC.....Tif.....Fecha
 ...

INSTRUCCIONES

Aquí tiene algunas preguntas sobre el modo como Ud. se comporta, siente y actúa. Después de cada pregunta, hay un espacio para contestar "SI" o "NO".

Trate de decidir si "SI" o "NO" representa su modo usual de actuar o sentir. Entonces, ponga una cruz debajo de la columna "SI" o "NO", Trabaje rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada pregunta, queremos su primera reacción, no un proceso de pensamiento prolongado. El cuestionario total no debe tomar más que unos pocos minutos. Asegúrese de no omitir alguna pregunta.

Ahora voltee la página y comience. Trabaje rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas. No hay contestaciones "correctas" o "incorrectas", y éste no es un test de inteligencia o habilidad. sino simplemente una medida de la forma como Ud. se comporta.

	SI	NO
1. Le gusta abundancia de excitación y bullicio a su alrededor		
2. Tiene a menudo un sentimiento de intranquilidad, como si quisiera algo pero sin saber que?		
3. Tiene casi siempre una contestación lista, "a la mano", cuando la gente habla?		
4. Se siente algunas veces feliz, algunas veces triste, sin una razón real?		
5. Permanece usualmente retraído (a) en fiestas y reuniones?		
6. Cuando niño (a) hacia siempre inmediatamente lo que le decían, sin refunfuñar?		
7. Se enfada a veces?		
8. Cuando lo meten en una pelea, prefiere "sacar los trapos al aire", de una vez por todas?		
9. Es Ud. triste, melancólico (a)?		
10. Le gusta mezclarse con la gente?		
11. Ha perdido a menudo el sueño por sus preocupaciones?		
12. Se enoja a veces?		
13. Se catalogaría así mismo (a) como despreocupado (a) o confiado (a) a su buena ventura?		
14. Se decide a menudo demasiado tarde?		
15. Le gusta trabajar solo (a)?		
16. Se ha sentido a menudo apático (a) y cansado (a), sin motivo?		
17. Es por el contrario animado (a) y jovial?		
18. Se ríe a veces de chistes groseros?		
19. Se siente a menudo hastiado (a)?		
20. Se siente incómodo (a) con vestidos que son del diario?		
21. Se distrae (vaga su mente) a menudo cuando trata de prestar atención a algo?		
22. Puede expresar en palabras fácilmente lo que piensa?		
23. Se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo?		
24. Está completamente libre de prejuicios de cualquier tipo?		
25. Le gustan las bromas?		
26. Piensa a menudo en su pasado?		
27. Le gusta mucho la buena comida?		
28. Cuando se fastidia, necesita de algún (a) amigo (a) para hablar sobre ello?		
29. Le molesta vender cosas o pedir dinero a la gente para alguna buena causa?		
30. Alardea (se jacta) un poco a veces?		
31. Es Ud. muy susceptible por algunas cosas?		
32. Le gusta más quedarse en casa que ir a una fiesta aburrida?		
33. Se pone a menudo tan inquieto (a) que no puede permanecer sentado (a) durante mucho rato en una silla?		
34. Le gusta planear las cosas cuidadosamente con mucha anticipación?		
35. Tiene a menudo mareo (vértigo)?		
36. Contesta siempre una carta personal tan pronto como puede después de haberla leído?		
37. Hace Ud. usualmente las cosas mejor resolviendo solo (a) que hablando a otra persona sobre ellas?		
38. Le falta frecuentemente aire sin haber hecho un trabajo pesado?		
39. Es Ud. una persona tolerante, que no se molesta generalmente si las cosas no están perfectas?		
40. Sufre de los nervios?		
41. Le gustaría más planear cosas que hacer cosas?		
42. Deja algunas veces para mañana lo que debería hacer hoy día?		
43. Se pone nervioso (a) en lugares tales como ascensores, trenes o túneles?		
44. Cuando hace amigos, es usualmente Ud. quien inicia la relación o invita a que se produzca?		
45. Sufre dolores de cabeza?		
46. Siente generalmente que las cosas se arreglarán por sí solas y que terminarán bien de algún modo?		
47. Le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en las noches?		
48. Ha dicho alguna vez mentiras en su vida?		
49. Dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza?		
50. Se preocupa durante algún tiempo demasiado largo después de una experiencia embarazosa?		
51. Se mantiene usualmente hermético (a) o encerrado (a) en sí mismo (a), excepto con amigos muy íntimos?		
52. Se crea a menudo problemas por hacer cosas sin pensar?		
53. Le gusta chistes y referir historias graciosas a sus amigos?		
54. Se le hace más fácil ganar que perder un juego?		
55. Se siente a menudo demasiado consciente de sí mismo (a) o poco natural cuando está con superiores?		
56. Cuando todas las posibilidades están en su contra Ud. piensa aún usualmente que vale la pena probar suerte?		
57. Siente "sensaciones raras" en el abdomen antes de algún hecho importante?		

ANEXO C

SISTEMA DE APOYO SOCIAL FAMILIAR

FAMILIA

Tipo de familia

Nuclear () Incompleta () Compuesta () No tiene ()

Dinàmica familiar

Armònica () Conflictiva () Inestable ()

Actitud de la familia frente al paciente

Aceptación / Comprensión () Rechazo / Indiferencia ()

Soporte familiar

Familia de origen () Familia colateral () Amigo/Vecino () Institución benèfica ()

VECINOS

Relaciones vecinales

Aceptación / Comprensión () Rechazo / Indiferencia ()

APOYO SOCIAL

Red social : Familia () Anigos () Vecinos ()

Interacciòn social : Presente () Eventual () Ausente ()

Apoyo social percibido: Apoyo emocional () Socializaciòn () Asistencia pràctica ()

Ayuda financiera () Consejo / ayuda ()

ESCALA DE AUTO-EVALUACIÓN DE ADAPTACIÓN SOCIAL

NOMBRE

FECHA

I N S T R U C C I O N E S

Favor de contestar las siguientes preguntas, indicando cual es su opinión en este momento. Conteste todas las preguntas marcando con un círculo sólo una respuesta de cada una, de acuerdo a lo que considere. Gracias.

¿Tiene usted alguna ocupación o trabajo en la actualidad?

SI NO

Si contesto Si:

1) ¿Que tan interesado esta usted en su ocupación o trabajo?

MUCHO REGULAR
 POCO NADA

2) ¿Que tan interesado esta Usted en las actividades relacionadas con su hogar?

MUCHO REGULAR
 POCO NADA

3) ¿Cómo considera que lleva a cabo Usted su trabajo u ocupaciones?

CON MUCHO GUSTO CON GUSTO
 CON POCO GUSTO SIN GUSTO ABSOLUTO

4) ¿Que tan interesado esta Usted en sus actividades recreativas o de entretenimiento?

MUCHO REGULAR
 POCO NADA

5) ¿Cómo considera Ud, la calidad de su tiempo libre?

MUY BUENA BUENA
 REGULAR MALA

6) ¿Con que frecuencia se relaciona o visita a miembros de su familia? (Esposo(a), hijos, familiares, etc.)

CON MUCHA FRECUENCIA CON POCAS FRECUENCIA
 MUY RARA VEZ NUNCA O CASI NUNCA

7) ¿Cómo considera Ud. la calidad de las relaciones con su familia?

MUY BUENA BUENA
 REGULAR MALA O INSATISFACTORIA

8) Fuera de su familia, ¿qué tanto se relaciona Ud. con otras personas?

MUCHO REGULAR
 POCO NADA

9) ¿Tiene interés por establecer relaciones con otras personas?

MUCHO INTERES REGULAR INTERES
 POCO INTERES NADA DE INTERES

10) ¿Cómo considera su forma de relacionarse con otras personas?

MUY BUENA BUENA
 REGULAR MALA

11) ¿Que tanto valor le da Ud. a su relación con otras personas?

GRAN VALOR ALGUN VALOR
 ESCASO VALOR NINGUN VALOR

12) ¿Que tan a menudo las personas de su circulo social buscan ponerse en contacto con Ud.?

MUY A MENUDO A MENUDO
 RARA VEZ NUNCA O CASI NUNCA

13) ¿Trata Ud. de observar normas sociales, los buenos modales, la cortesía, etc.?

SIEMPRE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
 POCAS VECES NUNCA O CASI NUNCA

14) ¿Que tanto se involucra Ud. en la vida de su comunidad, como por ejemplo en un club, en actividades de la iglesia, en reuniones de vecinos, etc.?

MUCHO REGULAR
 POCO NADA

15) ¿Le gusta a Ud. informarse acerca de cosas, acontecimientos o personas, para así comprenderlos mejor?

MUCHO REGULAR
 POCO NADA

16) ¿Le interesa la información científica, técnica o cultural?

MUCHO REGULAR
 POCO NADA

17) ¿Que tan a menudo le cuesta trabajo expresar su opinión a otras personas?

MUY A MENUDO A MENUDO
 RARA VEZ NUNCA O CASI NUNCA

18) ¿Que tan a menudo se siente Ud. rechazado o excluido de su circulo social?

MUY A MENUDO A MENUDO
 RARA VEZ NUNCA O CASI NUNCA

19) ¿Que tanta importancia le da Ud. a su apariencia física?

MUCHO REGULAR
 POCO NADA

20) ¿Con que frecuencia tiene Ud. problemas para manejar sus recursos o sus ingresos económicos?

MUCHA REGULAR
 POCO NADA O CASI NADA

21) ¿Se siente Ud. capaz de organizar su entorno o el ambiente que lo rodea de acuerdo a sus deseos y a sus necesidades?

MUCHO REGULAR
 POCO NADA

Por favor no escriba debajo de esta línea

Puntaje Total

ADENDA

RELACIÒN DE CUADROS

Variables sociodemogràficas	64
Cuadro N° 1. Distribuciòn de la depresiòn en la poblaciòn urbana de 15 a màs años de edad en la ciudad de Puno, 2005.	64
Cuadro N° 2. Distribuciòn de la depresiòn segùn el grupo etario en la poblaciòn urbana de 15 a màs años de edad en la ciudad de Puno, 2005.	67
Cuadro N° 3. Distribuciòn de la depresiòn segùn la ocupaciòn en la poblaciòn urbana de 15 a màs años de edad en la ciudad de Puno, 2005.	69
Cuadro N° 4. Distribuciòn de la depresiòn segùn el sexo en la poblaciòn urbana de 15 a màs años de edad en la ciudad de Puno, 2005.	71
Cuadro N° 5. Distribuciòn de la depresiòn segùn el estado civil en la poblaciòn urbana de 15 a màs años de edad, Puno, 2005.	73
Cuadro N° 6. Distribuciòn de la depresiòn segùn el grado de instrucciòn en la poblaciòn urbana de 15 a màs años de edad, Puno, 2005.	75
Variables de personalidad	77
Cuadro N° 7. Distribuciòn de la depresiòn segùn el rasgo de personalidad en la poblaciòn urbana de 15 a màs años en la ciudad de Puno, 2005.	77
Variables de los componentes del apoyo social familiar	81
Cuadro N° 8. Distribuciòn de la depresiòn segùn el tipo de familia en la poblaciòn urbana de 15 a màs años en la ciudad de Puno, 2005.	81
Cuadro N° 9. Distribuciòn de la depresiòn segùn la dinàmica familiar en la poblaciòn urbana de 15 a màs años en la ciudad de Puno, 2005.	83
Cuadro N° 10. Distribuciòn de la depresiòn segùn la actitud de la familia	

en la poblaci3n urbana de 15 a m3s a1os en la ciudad de Puno, 2005.	84
Cuadro N° 11. Distribuci3n de la depresi3n segun el soporte familiar en la poblaci3n urbana de 15 a m3s a1os en la ciudad de Puno, 2005.	85
Cuadro N° 12. Distribuci3n de la depresi3n segun las relaciones vecinales en la poblaci3n urbana de 15 a m3s a1os en la ciudad de Puno, 2005.	86
Variables del apoyo social	87
Cuadro N° 13 distribuci3n de la depresi3n segun la red social en la poblaci3n urbana de 15 a m3s a1os en la ciudad de Puno, 2005.	87
Cuadro N° 14 distribuci3n de la depresi3n segun la interacci3n social en la poblaci3n urbana de 15 a m3s a1os en la ciudad de Puno, 2005.	88
Cuadro N° 15 distribuci3n de la depresi3n segun el apoyo social percibido en la poblaci3n urbana de 15 a m3s a1os en la ciudad de Puno, 2005.	89
Cuadro N° 16 distribuci3n de la depresi3n segun el soporte instrumental en la poblaci3n urbana de 15 a m3s a1os en la ciudad de Puno, 2005.	90
Variables de la adaptaci3n social	92
Cuadro N° 17 distribuci3n de la depresi3n segun la adaptaci3n social en la poblaci3n urbana de 15 a m3s a1os en la ciudad de Puno, 2005.	92