

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION
CLINICA EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN
CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO DE JULIACA EN EL AÑO 2018”**

TESIS

PRESENTADO POR:

Bach. DENIS JAVIER MAMANI RAMOS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2019

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION
CLINICA EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN
CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO DE JULIACA EN EL AÑO 2018**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. DENIS JAVIER MAMANI RAMOS



**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO**

APROBADO POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE:

M.C. ENRIQUE ALFREDO CARPIO CARPIO

PRIMER MIEMBRO:

Dr.Cs. FELIX GOMEZ APAZA

SEGUNDO MIEMBRO:

Dr.Cs. DANTE ELMER HANCCO MONRROY

DIRECTOR/ASESOR:

M.Cs. FREDY SANTIAGO PASSARA ZEBALLOS

ÁREA : Ciencias clínicas

TEMA : Depresión Clínica

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 18/03/2019

DEDICATORIA

AL TODO PODEROSO

Quien me permitio llegar hasta esta parte de mi vida con buena salud fortaleza y sabiduría para poder enfrentar todas las situaciones que me ponga la vida.

A MI FAMILIA

A mis padres, Modesto quien me enseñó que la vida no es fácil pero que con esfuerzo se puede lograr todo lo que uno se propone, por formarme como persona y apoyarme en momentos difíciles. A mi madre Natividad por apoyarme económicamente y aguantarme tantos años y siempre animarme y apoyarme en todo momento. A mi hermana Paola por hacerme compañía durante mi vida universitaria. A mi cuñado Jesús y sobrina Belén quienes me brindaron alegría en todo momento.

A MIS AMIGOS

A Marino y Lilian quienes son como mis hermanos; por apoyarme en el momento mas difícil de mi vida y brindarme desinteresadamente su amistad sin ellos nunca hubiera sido posible llegar hasta estos momentos. A Soledad quien es una persona importante para mí gracias por apoyarme y entenderme.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Medicina Humana, por darme la oportunidad de estudiar en esta escuela profesional, asimismo agradezco a mis maestros por las enseñanzas, conocimiento y consejos impartidos.

Al Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, por darme la oportunidad de realizar el internado médico y por permitir consolidar mis conocimientos y habilidades durante el último año de la carrera, y ejecutar este trabajo.

A mis compañeros(as) por esos instantes inolvidables sucedidos tanto en las aulas como en los ambientes hospitalarios.

A mi Familia, pilar importante de este logro, por su apoyo incondicional en los momentos más difíciles de mi existir.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa o indirectamente en la realización de este proyecto.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	9
RESUMEN	10
ABSTRACT.....	12
I. INTRODUCCIÓN.....	14
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.3. JUSTIFICACION.....	16
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	16
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
II. REVISIÓN DE LITERATURA	17
2.1 ANTECEDENTES	17
2.1.1 A NIVEL INTERNACIONAL.....	17
2.1.2. A NIVEL NACIONAL	24
2.1.3. A NIVEL REGIONAL.....	29
2.2. REFERENCIAS TEORICAS.....	32
2.2.1. HISTORIA	32
2.2.2. DEFINICIONES.....	33
2.2.3. CLASIFICACION.....	35
2.2.4. CAUSAS	38
2.2.5. TRATAMIENTO	44

III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	47
3.1. TIPO DE INVESTIGACION	47
3.3. TAMAÑO DE MUESTRA	47
3.4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	48
3.5. INSTRUMENTO	49
3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS	50
3.7. ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS.....	50
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	52
V. CONCLUSIONES.....	76
VI. RECOMENDACIONES.....	77
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	78
VIII ANEXOS	85
8.1. ANEXO A	85

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. PREVALENCIA DE DEPRESION CLINICA EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA EN EL AÑO 2018.	52
TABLA 2. DEPRESION CLINICA, SEGUN GRUPO DE EDAD, EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA EN EL AÑO 2018	53
TABLA 3. DEPRESION CLINICA, SEGÚN SEXO, EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA EN EL AÑO 2018.....	55
TABLA 4. DEPRESION CLINICA, SEGUN OCUPACION, EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA EN EL AÑO 2018	57
TABLA 5. DEPRESION CLINICA, SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION, EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA EN EL AÑO 2018.....	59
TABLA 6. DEPRESION CLINICA, SEGUN ESTADO CIVIL, EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA EN EL AÑO 2018.	61
TABLA 7. DEPRESION CLINICA, SEGÚN PROCEDENCIA, EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA EN EL AÑO 2018.	63
TABLA 8. DEPRESION CLINICA, SEGUN NUMERO DE HIJOS, EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA EN EL AÑO 2018	64

TABLA 9. DEPRESION CLÍNICA, SEGÚN COMORBILIDAD DE DAÑOS CRÓNICOS DEGENERATIVOS, EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA EN EL AÑO 2018.....	65
TABLA 10. DEPRESIÓN CLÍNICA, SEGÚN ANTECEDENTE DE DEPRESION, EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA EN EL AÑO 2018.....	67
TABLA 11. DEPRESION CLINICA, SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEPRESION, EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA EN EL AÑO 2018.....	68
TABLA 12. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESION CLINICA, EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA EN EL AÑO 2018.....	70
TABLA 13. FACTORES PROTECTORES ASOCIADOS A DEPRESION CLINICA, EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA EN EL AÑO 2018.....	73
TABLA 14. FACTORES NO ASOCIADOS A DEPRESION CLINICA, EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA EN EL AÑO 2018.....	75

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

OR: Odds ratio

IC: Intervalo de confianza

P: valor de significancia estadística

OMS: Organización Mundial de la Salud

Col: Colaboradores

IC: Insuficiencia cardiaca

Hads: Escala de ansiedad y depresion hospitalaria

POR: Razón de disparidad de prevalencia

TDM: Trastorno depresivo mayor

RP: Razón de probabilidades

Gl: Grados de libertad

X^2 : Chi cuadrado

IMC: Índice de masa corporal

Hb: Hemoglobina

DSM: Diagnostico estadístico de trastornos mentales

CIE: Clasificación internacional de enfermedades

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores asociados a la depresión clínica en pacientes de 20 a 50 años de consulta externa en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018. Fue de tipo observacional, retrospectivo, transversal, analítico, y correspondió a un diseño epidemiológico de casos y controles, casos fueron los pacientes con depresión y los controles fueron los que no presentaron depresión; el tamaño de muestra según el muestreo aleatorio simple fue de 384 pacientes, para la selección de la muestra, de la base de datos de estadística se obtuvo un listado de pacientes de 20 a 50 años que fueron atendidos en consultorio externo de medicina y Psiquiatría y se seleccionó por muestreo aleatorio sistemático los pacientes que ingresaron al estudio, selección realizada por el investigador en base al diagnóstico de la historia clínica. Se encontró 71 pacientes con depresión clínica, siendo la prevalencia de 18.4%; los factores de riesgo asociados fueron sexo femenino (OR:2.21, IC:1.03-4.74 y $p:0.02$), ocupación estudiante (OR:2.4, IC:1.06-5.21 y $p:0.017$), estado civil soltero (OR:1.97, IC:1.01-3.85 y $p:0.02$), procedencia rural (OR:2.27, IC:1.04-4.95 y $p:0.01$), comorbilidad de enfermedades crónicas degenerativas (OR:2.15, IC:1.02-4.55 y $p:0.02$), y antecedente personal de depresión (OR:7.14, IC:1.9-25.6 y $p:0.0003$). Los factores asociados a protección de depresión fueron sexo masculino (OR:0.45, IC:0.2-0.9 y $p:0.02$), ocupación obrero (OR:0.3, IC:0.07-0.91), estado civil casado (OR:0.46, IC:0.23-0.91 y $p:0.01$), procedencia urbana (OR:0.43, IC:0.2-0.9 y $p:0.01$), sin comorbilidad de daños crónicos degenerativos (OR:0.4, IC:0.21-0.97 y $p:0.02$), sin antecedente personal de depresión (OR:0.14, IC:0.03-0.5 y $p:0.0003$). Se concluyó que La prevalencia de depresión clínica en pacientes de 20 a 50 años de consulta externa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018 fue de 18.4%. Los factores de riesgo asociados

a la depresión clínica fueron sexo femenino, ocupación estudiante, estado civil soltero, procedencia rural, y comorbilidad de daños crónicos o degenerativos. Los factores protectores asociados a depresión clínica fueron sexo masculino, ocupación obrero, estado civil casado, procedencia urbana, sin comorbilidad de daños crónicos o degenerativos y sin antecedente personal de depresión.

Palabras clave: prevalencia, factores, depresión, clínica.

ABSTRACT

The present study was carried out with the objective of determining prevalence and factors associated with clinical depression in patients from 20 to 50 years of outpatient consultation at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca in 2018. It was observational, retrospective, transversal, analytical, and corresponded to an epidemiological design of cases and controls, cases were patients with depression and controls were those that did not present depression; the sample size according to the simple random sample was of 384 patients, for the selection of the sample, from the statistical database a list of patients from 20 to 50 years was obtained that were attended in an external medicine clinic and psychiatry and selected by systematic randomized sampling the patients who entered the study, selection made by the researcher based on the diagnosis of the clinical history. We found 71 patients with clinical depression, with a prevalence of 18.4%; the associated risk factors were female (OR: 2.21, CI: 1.03-4.74 and p: 0.02), student occupation (OR: 2.4, CI: 1.06-5.21 and p: 0.017), single marital status (OR: 1.97, CI: 1.01-3.85 y p: 0.02), rural origin (OR: 2.27, CI: 1.04-4.95 and p: 0.01), comorbidity of chronic degenerative diseases (OR: 2.15, CI: 1.02-4.55 and p: 0.02), and personal history of depression (OR: 7.14, CI: 1.9-25.6 and p: 0.0003). The factors associated with depression protection were male sex (OR: 0.45, CI: 0.2-0.9 and p: 0.02), working-class occupation (OR: 0.3, CI: 0.07-0.91), married marital status (OR: 0.46, CI: 0.23-0.91 and p: 0.01), provenance urban (OR: 0.43, CI: 0.2-0.9 and p: 0.01), without comorbidity of chronic degenerative damage (OR: 0.4, CI: 0.21-0.97 and p: 0.02), with no personal history of depression (OR: 0.14, CI: 0.03 -0.5 and p: 0.0003). It was concluded that the prevalence of clinical depression in patients from 20 to 50 years of outpatient consultation at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca in 2018 was 18.4%. The risk factors associated with clinical depression were female sex, student

occupation, single marital status, rural origin, and comorbidity of chronic or degenerative damage. The factors associated as protectors of clinical depression were male sex, worker occupation, married marital status, urban origin, no comorbidity of chronic or degenerative damage and no personal history of depression.

Keywords: prevalence, factors, depression, clinical.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los cuadros de depresión a nivel mundial se vienen incrementando con el transcurrir de los años, en el año 2017 la Organización Mundial de la Salud señaló, que a nivel mundial 322,000,000 de personas se ven afectadas por un cuadro de depresión, lo que muestra un incremento de un 18% más en comparación a la década anterior¹.

En el continente Europeo, se presenta una prevalencia de 27% de algún trastorno mental en la población, y en España los problemas de salud mental se presentan en el 15,7% de los hombres y en el 22,9% de mujeres².

Esta misma situación se observa en América Latina y el Caribe, siendo los trastornos mentales y neurológicos el 22,2% del total de las enfermedades, siendo los más frecuentes los problemas de depresión, alcanzando un 13,2%³.

Cifras similares se observa en el Perú, se menciona que el 20% de la población adulta y adulta mayor presentan algún problema de salud mental, y dentro de ellos la depresión ocupa el primer lugar; en nuestro País existe programa estrategia de Salud mental en el MINSA, pero aun así no se le da la importancia debida, en vista que estos problemas no presentan elevada incidencia de mortalidad⁴.

Pero hay que tener en cuenta que los problemas de salud mental en pacientes que presentan simultáneamente otra patología, influyen en la evolución de dicha patología, la adherencia al tratamiento y su recuperación, lo cual se vería reflejado en un incremento de frecuencia en su hospitalización, al incrementarse las recaídas; pues, se menciona que la depresión contribuye a empeorar enfermedades preexistentes; en nuestro medio los problemas de salud mental no son detectados por los médicos, o si lo detectan no se le presta la debida importancia; otra situación que está relacionada a la salud mental, es que gran parte de nuestros profesionales médicos no cuentan con las competencias y capacidades adecuadas para manejar los problemas de salud mental que puedan presentarse en las consultas por otras patologías; otro aspecto importante es que los mismos pacientes no saben reconocer su situación de depresión, y consideran que son situaciones normales y pasajeras, y suponen que no necesitan tratamiento⁵. Por todo lo antes mencionado se consideró importante conocer la situación de los problemas de depresión en los pacientes que son atendidos por consulta externa en el servicio de medicina, asimismo identificar los factores que influyen en la presencia de este trastorno emocional.

La literatura menciona que las mujeres son más predisponentes que los hombres a padecer depresión; más aún cuando existen antecedentes en la familia; sin embargo, la literatura científica no es concluyente respecto a otros factores sociodemográficos y clínicos; por otro lado en nuestro País hay muy pocos estudios, referente a este tema; por lo tanto el presente estudio se justifica desde el punto de vista teórico y científico, ya que con la información obtenida se complementara los conocimientos ya existentes sobre la depresión.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Determinar la prevalencia y factores asociados a depresión clínica en pacientes de 20 a 50 años atendidos en consulta externa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018

1.3. JUSTIFICACION

Desde el punto de vista práctico, el estudio es importante, por el hecho de que se conoce empíricamente que la salud mental y tiene implicancias en los aspectos fisiológicos actualmente existe poca información respecto a la salud mental esto debido a que no toman importancia a dicho tema.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y los factores asociados a la depresión clínica en pacientes de 20 a 50 años de consulta externa en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores sociodemográficos asociados a depresión clínica en pacientes de 20 a 50 años de consulta externa en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018.
- Establecer los factores clínicos asociados a la depresión clínica en pacientes de 20 a 50 años de consulta externa en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 A NIVEL INTERNACIONAL

Anguiano S, y Col, en el 2017, realizaron un estudio en México, cuyo objetivo fue determinar los niveles de depresión relacionados al tiempo con la enfermedad del hospital Juárez de México. El estudio fue transversal, descriptivo, donde se incluyeron a 111 pacientes. Encontraron que el 47% presentaban síntomas de depresión, los pacientes con menos de dos años de diagnóstico (grupo A), presentaron depresión (media de 7.77) frente a pacientes con más de dos años con el diagnóstico (grupo B) con una media de 13.33 para depresión. En los pacientes con una enfermedad crónica su media fue 10.29 para depresión, pacientes con dos o más enfermedades crónicas fue, depresión 9.97. Concluyeron que de acuerdo al tiempo de diagnóstico la depresión fue aumentando, además, hubo una relación positiva y moderada alta lo cual indicó que a mayor ansiedad mayor depresión⁵.

Abdulrahman A, y Col, en el 2017 realizaron un estudio en Buraidah, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de la depresión e identificar sus factores de riesgo asociados entre las personas con diabetes mellitus tipo 2. Fue un estudio transversal, monocéntrico que incluyó a 300 adultos con DMII, se usó la escala HADS. Encontraron que los resultados el porcentaje de pacientes masculino y femenino fue el mismo 50%, el 79.2% tuvo más de 40 años, el 76.4% era casado, 10.1% soltero; la mayoría tuvo un nivel de universitario con el 47.3%, la mayoría tuvo en empleo (36.5%). La ansiedad se observó mayormente en mujeres con OR: 2.36, con edades de más de 40 años; los jubilados tenían menos índices de ansiedad

frente a los empleados sin embargo los jubilados tenían un índice mayor de depresión frente a los empleados. Concluyeron que la depresión se observó con mayor frecuencia en mujeres con edades por encima de los 40 años, de acuerdo al empleo, los jubilados tenían mayor índice de depresión debido a la falta de actividad⁶.

Moreno J y Col, en el 2017, en Zaragoza realizaron un estudio para evaluar la relación entre padecer ansiedad y depresión con variables sociales. El diseño del estudio fue transversal en el que participaron 245 pacientes. En los resultados se encontró que el 50,6% de los pacientes no presentó ansiedad; el 30,2%, ansiedad probable y el 19,2%, trastorno de ansiedad, las mujeres presentaron mayor frecuencia de trastorno de ansiedad que los hombres (28,4% vs 15,7%). Respecto a la depresión el 69% no presentó depresión; 22,4%, depresión probable, 8,6% trastorno de depresión. Las mujeres presentaron mayor frecuencia de depresión que los varones (11,9% vs 7,3%; $p=0.23$). Encontraron que los pacientes que no tenían pareja presentaron mayor frecuencia de depresión ($p=0.02$) y en situación de desempleo se obtuvo relación con ansiedad ($p=0.004$) y depresión ($p=0.00$). Concluyeron que ser mujer, no tener trabajo influyen en la presencia de ansiedad y depresión⁷.

Polikandrioti M, y Col, en el 2015, realizaron un estudio en Atenas- Grecia, cuyo objetivo fue explorar los factores asociados con la depresión que experimentan los pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca (IC). Fue un estudio descriptivo, transversal, donde se incluyó a 190 pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca, se utilizó la escala HADS. Los resultados fueron que la mayoría fue sexo masculino con 65.3% y mayores de 89 años (46.8%), la mayoría

casados (68.9%) y jubilados (58.9%), predomina el nivel de educación primaria con 58.9%, la mayoría tuvo antecedentes de insuficiencia cardiaca, con 76.3%; la depresión alta se vio en pacientes mayores de 70 años. En relación a IC y depresión mayor, el 32.2% fue en mujeres frente al 20.2% en hombres y fue en mayor proporción en pacientes mayores de 70 años con estado civil soltero (35.6%). Concluyeron que a mayor tiempo de enfermedad con IC mayor depresión y que la mayoría de pacientes estudiados que tuvieron antecedentes de insuficiencia cardiaca, así este antecedente es positivo para la depresión⁸.

Meza M, en el 2015, en Veracruz realizó un estudio sobre factores asociados a la depresión en pacientes con diabetes mellitus con el objetivo de determinar dichos factores asociados a la depresión en la Unidad de Medicina Familiar. El estudio fue transversal, descriptivo, analítico y prospectivo. En los resultados se encontró que la edad promedio de pacientes sin depresión fue 59+/-8 años y con depresión fue de 58+/-5 años. Hubo diferencias significativas en la proporción de escolaridad de primaria entre los pacientes con y sin depresión ($p < 0.000$), la frecuencia de neuropatía diabética fue diferente entre los grupos con y sin depresión ($p < 0.039$). El nivel de depresión más frecuente fue leve (34%) seguido de moderada (6%), el 60% no presentó depresión. Concluyó que los factores asociados a la depresión en pacientes diabéticos fueron la escolaridad primaria, hogar con pocos miembros de la familia, presentar neuropatía⁹.

Ganasegeran K, y Col, en el 2014, realizaron en Malasia cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y los factores asociados con la depresión entre los pacientes ambulatorios con diabetes tipo 2 en Malasia. Fue un estudio descriptivo, transversal,

se incluyó a 169 pacientes con diabetes tipo II con edades entre 18-90 años, se utilizó la escala HADS. Los resultados fueron que el 58.6% fueron hombres frente al 41.4% eran mujeres, la edad de mayor porcentaje fue menor a los 50 años con 81.1%, el 62% fue casado. El porcentaje de depresión en hombres fue de $SD=7.1$, y en mujeres $SD=6.6$ (depresión), la depresión fue mayor en pacientes mayores de 60 años con $SD=9.2$, la asociación de depresión con respecto a las enfermedades como ACV fue positiva depresión $SD=6.7$, para cardiopatía isquémica fue positiva en depresión $SD=7.8$, nefropatía diabética fue positiva en depresión $SD=6.4$. Concluyeron que la depresión es más frecuente en hombres, casados y mayores de 70 años, la relación con otras enfermedades influye en padecer la depresión¹⁰.

Baca E, y Col, en el 2014, realizaron en España un estudio, cuyo objetivo fue valorar el riesgo de los intentos de suicidio en relación a la presencia de trastornos de depresión mayor y depresión mayor comórbida con trastornos de ansiedad. Fue un estudio de casos y controles, longitudinal, descriptiva; se incluyó 505 pacientes (casos) y 227 pacientes (controles). Los resultados fueron que según el sexo, el 57.0% presentaron depresión y 68.7% ansiedad- depresión; el 43% de hombres presentaron depresión y el 31.3% ansiedad-depresión, los pacientes entre 35-65 años con mayor estado de depresión con 49.6%; en el aspecto de estado civil, el estado soltero presentó mayor porcentaje de depresión y ansiedad-depresión, con 42.4% y 52.6%, respectivamente; los pacientes con nivel educativo de secundaria, presentaron mayor porcentaje a comparación con otros niveles, 40% depresión y 42.5% ansiedad-depresión, los pacientes que cuentan con un trabajo presentaron depresión 34.6% y ansiedad-depresión 36.8%. Según el abuso de drogas de los pacientes, los que no usaron tuvo mayor porcentaje de depresión y ansiedad-depresión, frente a los que

usaron drogas, con 71.5% y 64.8%, los pacientes con trastornos de personalidad tuvieron el mayor porcentaje, frente a los que no tuvieron trastorno, con 33.3% (depresión) y 24%% (ansiedad-depresión); los pacientes con impulsividad presentaron mayor depresión con 54.8% y el 55.8% presentaron ansiedad-depresión. En conclusión, los pacientes de sexo femenino presentaron mayor depresión en comparación de los varones, se concluye que los niveles de depresión están relacionados con el nivel educativo, siendo el nivel básico el que predomina; los pacientes con trastorno de personalidad e impulsividad tienen mayor porcentaje de depresión¹¹.

Costas M, y Col, en el año 2013, realizaron en España un estudio para determinar, mediante una evaluación inicial la presencia de sintomatología de depresión entre los pacientes hospitalizados. Fue un estudio longitudinal, prospectivo y observacional, se incluyeron a 70 pacientes, mayores de edad, capacidad cognitiva conservada y con dos o más días de hospitalización. Entre los resultados, el servicio de medicina interna tuvo mayor estancia de pacientes con 23 pacientes y en menor demanda el servicio de cirugía con 1 paciente; mediante la escala HAD, se identificaron que 3 de ellos presentaron posible depresión, 2 casos de probable depresión y 5 casos de probables de ansiedad-depresión; entonces la prevalencia de depresión con 10% los cuales el 10.2% fueron varones y 9.52% mujeres. Los resultados a los dos meses de hospitalización fueron con 35 varones y 16 mujeres, se registró un caso de ansiedad-depresión, un caso de ansiedad asociada a posible depresión y un caso de depresión asociada a posible ansiedad. En conclusión los pacientes que sufrirán ansiedad también, estaba predispuestos a desarrollan

depresión; según el tiempo de estadía en el hospital, en este estudio, el número de pacientes con ansiedad y depresión, disminuyó significativamente¹².

Peñuela M, y Col, en el año 2004 en Colombia realizaron un estudio para analizar los factores personales y familiares asociados a la depresión en los pacientes de la consulta externa dermatológica del Hospital Universidad del Norte y del Hospital Nazareth de la ciudad de Barranquilla (Colombia), fue un estudio transversal en una población de 339 pacientes de la consulta dermatológica. La muestra se seleccionó por muestreo sistemático. Los casos fueron los pacientes a quienes se les detectó algún grado de depresión por medio del Test de Hamilton para depresión y los controles, aquellos que resultaron negativos. Entre los factores personales se estudiaron las variables: sexo, estado civil, tiempo de evolución de la enfermedad dermatológica, antecedentes de depresión, presencia de comorbilidad y ocurrencia de pérdidas laborales o afectivas. Los factores familiares analizados fueron los antecedentes de enfermedad psiquiátrica, antecedentes de depresión, funcionalidad familiar. El análisis de los datos se hizo de manera computarizada, y se utilizó como medidas de asociación la razón de disparidad de prevalencia (POR) con su intervalo de confianza y como prueba de significancia el Chi-cuadrado de Mantel Haenszel y la prueba de Fisher. Encontraron una fuerte asociación entre la presencia de depresión y los antecedentes personales y familiares de la enfermedad, la evolución prolongada de la enfermedad dermatológica, las pérdidas laborales y afectivas, la presencia de enfermedad concomitante y la disfuncionalidad familiar. Concluyeron que los resultados sugieren que la depresión en los pacientes con trastornos dermatológicos está asociada a la influencia de factores similares a los encontrados en la población

general, a lo cual se añade el tiempo de evolución de la enfermedad dermatológica y la disfuncionalidad familiar¹³.

Dorta L, y Col, en el 2011 en Venezuela realizaron un estudio para describir el riesgo de depresión en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, según años de evolución en Centro Diabetológico Maracay, Estado Aragua. Fue un estudio transversal con 45 pacientes, en los cuales se evaluó riesgo de depresión con test "Yesavage" en su versión reducida. Se registraron variables sociodemográficas y antigüedad del diagnóstico (0 a 5,6 a 9 y >10 años). Reportaron edad promedio 60 años; 57% femenino, 43% masculino; casados 47%, ocupación en el Hogar 55%; Escolaridad 54% los cuales realizaron estudios primarios y el Riesgo de depresión fue en >10 años de evolución, se presentó en el 80% depresión establecida y un 20% con riesgo para depresión, El grado de instrucción primaria es un factor determinante de condiciones de vida que favorece los riesgos y complicaciones crónicas de la diabetes. Finalmente los pacientes con DM2 con más de 10 años de evolución, a predominio femenino con ocupación del Hogar y con edad promedio de 67 años, constituyen factores determinantes de calidad de vida. Se recomienda el desarrollo de programas educativos que permitan generar cambios del estilo de vida y la disminución de factores de riesgos¹⁴.

Cardena L, y Col, realizaron un estudio en Colombia en el 2010; para determinar la prevalencia de TDM en la población general de Bucaramanga, Colombia, y explorar los factores de riesgo asociados. Fue un estudio de corte transversal con selección al azar de residentes de Bucaramanga de 18 a 65 años. Se hizo evaluación clínica psiquiátrica con la entrevista estructurada para diagnósticos

del eje I para identificar un TDM durante el último mes, según criterios de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos. Encontraron que participaron 266 personas, 57,1% mujeres. La edad promedio fue de 37,4 años; la educación formal promedio fue de 9,8; el 12,0% estaban desempleadas, un 56,1% tenían pareja estable y 51,2% eran de estrato socioeconómico medio. La prevalencia de TDM fue de 16,5%. Se encontró asociación significativa entre no tener pareja estable ($RP = 2,11$) y el nivel educativo alcanzado ($RP = 0,41$, para 6-11 años aprobados y $RP = 0,28$, para 12 o más, comparados con cinco o menos años de escolaridad) con el TDM. Concluyeron que la prevalencia actual de TDM es alta en adultos de Bucaramanga. Esto implica la necesidad de mejores estrategias para la identificación temprana y el manejo integral de los casos con el propósito de reducir los costos económicos y sociales del TDM¹⁵.

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

Cancio V, y Col, en el 2017, en Lima realizaron una revisión sistemática sobre los factores que influyen en la depresión de pacientes geriátricos. Tuvieron como objetivo sistematizar las evidencias de los factores que influyen en la depresión de pacientes geriátricos del hospital de estudio, el método de estudio fue revisión sistemática en el que se incluyeron 14 artículos científicos de diferentes bases de datos. En los resultados se obtuvo, que existen factores sociodemográficos que influyen en la depresión del adulto mayor, entre ellos se encuentran sexo femenino, enfermedades crónicas degenerativas, duelo, instrucción educativa incompleta. Entre los factores económicos se observó que el bajo ingreso económico, dependencia económica y pobre soporte social también influyen en la depresión del adulto mayor.

También existen factores relacionados con las actividades de la vida diaria como el sedentarismo, polifarmacia, dependencia funcional. Concluyeron que hay factores sociodemográficos, económicos y de las actividades de la vida diaria que influyen en la depresión del adulto mayor¹⁶.

García R, en el año 2015, realizó un estudio en Lima- Perú, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de depresión que existe en los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. Fue un estudio descriptivo, transversal; incluyó a pacientes con más de 24 horas de internamiento con capacidad cognitiva conservada. En los resultados se obtuvo que 35% fueron mujeres con nivel primaria, el 55% con secundaria y 15% con educación superior; en los hombres, el 28% tuvieron estudios de primaria, 56% de secundaria y 16% superior, además la mayoría era casado (44.2%). El grado de depresión fue, en mayor porcentaje, leve con 34.6%. Se observó depresión leve en pacientes solteros con 64%, en casados con 36%; se vio depresión leve en pacientes mujeres con secundaria (72%) y depresión moderada en pacientes con nivel primaria (75%): mientras que en hombres depresión leve se observó en aquellos con educación secundaria (55%), depresión moderada en aquellos con nivel primaria y superior (50%). Concluyó que las mujeres sufrieron de mayor grado de depresión y que la misma fue mayor si los pacientes tenían un nivel de educación más básica, las mujeres casadas y los hombres solteros tuvieron mayor incidencia de depresión¹⁷.

Salazar C, en el año 2015, realizó un estudio en Lima-Perú, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de depresión en los pacientes en el Hospital 2 de Mayo. Fue un estudio observacional, descriptivo, transversal no experimental, se incluyó a

pacientes mayores de 15 años, con dos o más días de hospitalización. Los resultados fueron que de los 104 pacientes, el 27.88% tuvo depresión confirmada, el 18.26% sospecha de depresión y el 53.84% sin depresión. El nivel de depresión con mayor porcentaje fue depresión moderada (66.34%), seguido de depresión severa (23.07%) y depresión leve (10.57%); El nivel de depresión fue moderada con un porcentaje de 69.23% y 63.46% entre varones y mujeres, respectivamente; el porcentaje de depresión severa en mujeres fue 13.46% y en varones fue 15.38%; la mayor frecuencia de depresión en pacientes con 34 años (7.69%); la depresión se encontró en pacientes con nivel secundaria (57.69%); pacientes casados y solteros presentaron mayor incidencia de depresión con 28.57% y 20%, ; de acuerdo a la estancia hospitalaria, el 3.84% tuvo mayor porcentaje de depresión luego de 9 días de hospitalización; de los 45 pacientes con hospitalizaciones previas el presentaron depresión el 97.7% y el 100% no presentaron. En conclusión el nivel de depresión fue la moderada, el estado civil influyó en la depresión y ansiedad¹⁸.

Bendezú C, en el 2014, realizó un estudio en Lima-Perú, cuyo objetivo fue identificar los factores asociados a la prevalencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica hospitalizados en el servicio de cardiología. Fue un estudio retrospectivo, analítico, transversal y observacional, no experimental, se incluyó a pacientes que estén en capacidad mental y física. Entre los resultados, el 75% fueron varones y el 25% mujeres y predominó el estado civil casado con 64%, el grado de instrucción que predominó fue secundaria con 43%, la ocupación que predominó fue de empleado con 55%, el 12% tuvo antecedentes personales y el 5% antecedentes familiares, la comorbilidad que predominó fue el HTA con 42%, la mayoría tuvo hábitos nocivos de tabaquismo con 32%; la depresión se presentó en el 30% de los

pacientes, según el sexo, 18 varones tuvieron depresión frente a 42 varones, 6 mujeres tuvieron depresión frente a 14 mujeres que no lo tuvieron, los pacientes casados, en mayor porcentaje, tuvieron depresión (16 casos), seguido del estado civil viudo con 6 casos, soltero y separado con 1 caso. Los factores asociados significativamente a la depresión fueron: el grado de instrucción ($p=0.040$); la ocupación ($p=0.021$), el nivel socioeconómico ($p=0.010$), antecedente de enfermedad mental ($p=0.0001$), enfermedad mental familiar ($p=0.0789$, antecedente de enfermedad cardiológica ($p=0.009$), presencia de comorbilidad ($p=0.037$). Se concluye que algunos factores se asociaron a desarrollar depresión estos fueron: el estado civil, grado de instrucción, ocupación, nivel socioeconómico; por otro lado existió relación entre la depresión y los diferentes antecedentes y comorbilidades que presentaron los pacientes¹⁹.

Hernández S, en el 2014, realizó en Trujillo un estudio para conocer la prevalencia de depresión en pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo. El diseño del estudio fue descriptivo, transversal; entrevistaron a 266 pacientes de hospitalizados luego de 3 días de estancia hospitalaria. Entre los resultados encontró que el 53% de los pacientes presentan depresión, de ellos el 55% son mujeres, el 65% tienen edades entre el rango de 18 a 25 años, el 62% no presentan instrucción escolarizada y en el 54% de los casos presentan enfermedad crónica. El tiempo de hospitalización fue por más de 15 días en el 57%. Concluyó que en el hospital de estudio hay una alta prevalencia de depresión en los pacientes hospitalizados²⁰.

Talledo R, en el 2013, en Arequipa realizó un estudio sobre los factores asociados a la depresión en pacientes con enfermedad oncológica, el objetivo fue determinar los factores sociodemográfico y oncológicos asociados a la depresión. El diseño del estudio fue observacional, transversal y prospectivo. La población de estudio fueron 45 pacientes con enfermedad oncológica atendidos en el mes de marzo del año 2013 en el Hospital Goyeneche Arequipa. En los resultados se encontró 42,22%, depresión moderada, 11,11%, depresión grave. Encontró que los factores asociados al nivel de depresión se encontró la edad ($p=0.00$), grado de instrucción ($p=0.00$) y presencia de metástasis ($p=0.04$). Concluyó que la metástasis y recibir tratamiento de quimioterapia se asoció con niveles elevados de ansiedad. La edad y la presencia de metástasis se asociaron a mayores niveles de depresión²¹.

Zevallos S, en el 2015 en Perú, realizó un estudio para determinar si existe diferencia en la prevalencia de depresión asociada a la pertenencia étnica quechua de la población. Realizó un estudio de tipo analítico-descriptivo transversal, a partir de las bases de datos de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental llevados a cabo en la Sierra Peruana urbana y rural, en los departamentos de Ancash, Ayacucho y Cajamarca, en los años 2003 y 2008. Encontró diferencias en las tasas de prevalencia de depresión en ambos grupos poblacionales, quechua y no quechua, (17,6% vs. 15,6%), pese a que no alcanzaron significancia estadística, sin embargo al analizar las sub-muestras por ámbito de residencia, se encontraron diferencias significativas en las prevalencias de depresión en poblaciones quechuas residentes en el ámbito urbano, comparadas a su contraparte no quechua, (20,6% vs. 16,1%, $p<0,005$), sin embargo esto no se dio cuando se analizaron los datos a nivel rural. Asimismo, se encontraron diferencias significativas asociadas al estado civil, en especial al estado

de viudez en la población quechua urbana, comparada a la población no quechua. Concluyo que sus hallazgos son consistentes con las brechas aún existentes en cuanto a equidad en el acceso a servicios, brecha que se agranda entre ambas poblaciones especialmente a nivel urbano, en donde la exclusión política y social de la población de origen quechua aún es una lamentable realidad, sumado a ello, los conflictos interculturales y psicológicos generados²².

2.1.3. A NIVEL REGIONAL

Apaza G, en el 2017 realizó un estudio en Puno Perú, con el objetivo de caracterizar la depresión en pacientes con tratamiento en el Centro de Hemodiálisis del Hospital III Es Salud Puno. La investigación es de tipo cuantitativo, diseño de carácter descriptivo-prospectivo, de corte transversal. Aplicación de técnica psicométrica para la recolección de datos con el Inventario de Depresión de Beck II. Los resultados obtenidos de una muestra de 47 pacientes fueron: Un 81% de los pacientes evidencia la presencia de depresión, sobresaliendo entre sus niveles la Depresión Moderada; 60% es de género masculino; 38% con un tiempo de tratamiento entre 1-5 años, 64% son casados; 51% se encuentran entre los 58-77 años; 53.2% con educación superior, 88% con algún tipo de actividad laboral; En el bivariado entre depresión y tiempo de tratamiento, existe una mayor relación entre los pacientes que presentan depresión moderada y reciben tratamiento entre los 6-10 años seguido de la relación existente entre depresión severa y tiempo de tratamiento entre 1-10 años lo cual se contrarresta con la baja relación de depresión leve en pacientes que superan los 15 años de tratamiento. Concluyo que la prevalencia de depresión es alta en pacientes con ERC atendidos en el Centro de Hemodiálisis, con

parámetros que superan las estimaciones a nivel internacional, además prevalece la Depresión Moderada y severa²³.

Vargas A, en el 2016 realizó un estudio en Puno, aplicó el método analítico de corte transversal, para una muestra de estudio de la población estudiantil del primer semestre de la Escuela Profesional de Medicina Humana en un número de 68 estudiantes, cuyo objetivo fue el de identificar la relación existente entre el nivel de estrés, depresión y ansiedad, con el estado nutricional expresado por el Índice de Masa Corporal y hemoglobina sérica; para lo cual se plantea la hipótesis de estudio, siendo que el mal estado nutricional influye en los desórdenes de los estados emocionales. Aplicó el diseño estadístico de la Chi cuadrada, que permitió encontrar la relación entre estas dos variables, considerando un margen de error del 5% y un grado de aceptación del 95%. Permite adoptar y medir un instrumento altamente confiable a nuestro medio, así como también, mostrar las similitudes a gran altura con otras investigaciones a nivel transcultural. En cuanto al IMC, se encontró que el 77.9% de los participantes en el estudio tenían valores normales, el 19.3% se clasificaban como sobrepeso, el 1.5% se clasificaban como obeso y delgadez indistintamente. Considerando la Hb se encontró que el 13.2% de los estudiantes tenían anemia ferropénica, mientras que el 86.8% de los participantes tenían un nivel normal de Hb. Referenciando el Estrés, encontramos que el 73.5% no muestran evidencias de tenerla, el 25% manifiesta alguna característica del Estrés, mientras que el 1.5% muestra problema clínico. Para la Hb, con un GL = 2 y un $p = 0.05$, se obtuvo una χ^2 tabulada = 5,9915 y una χ^2 calculada = 9.35; y para el IMC con un GL = 6 y un $p = 0.05$, se obtuvo una χ^2 tabulada = 12,59 y una χ^2 calculada = 17.872; se señaló que existe relación entre los niveles de stress con la Hb sérica y

el IMC de los estudiantes de la escuela profesional de Medicina Humana de la UNA Puno - 2016²⁴.

López D, en el 2016 en Juliaca Perú, realizó un estudio para determinar si hay diferencia en el nivel de Depresión entre estudiantes varones y estudiantes mujeres, de la misma manera, ver las diferencias en el tipo de síntomas que presentan cada género, en un grupo de adolescentes universitarios, pertenecientes al primer año de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, en el distrito Juliaca. Aplicó el Inventario de Depresión de Beck en un grupo de 116 estudiantes matriculados, 29 varones y 87 mujeres, entre 16 y 19 años. La metodología utilizada fue un diseño no experimental transaccional, de tipo descriptivo comparativo. Encontró depresión en mujeres con un 47% en el nivel de depresión leve, a diferencia de los varones que presentan mayor porcentaje en el nivel de, no hay depresión con un 51%. Son pocos los estudiantes que presentan un nivel de depresión severa, 3,4% varones y 6,9% mujeres. Así también se ve diferencias en cuanto al tipo de síntomas de la depresión en cada género, a excepción de las manifestaciones del tipo de síntoma motivacional, que no muestra diferencia alguna. Concluyo que a un nivel de significancia del 5% las estudiantes mujeres del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud evidencian mayor nivel de depresión en comparación con los estudiantes varones del primer año de la misma Facultad de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca – 2016, aceptando la hipótesis de investigación²⁵.

Llerena V, en Puno en el 2007, 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 esta, mediante la prueba estadística del ji cuadrado. Estudio 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, encontró 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 %²⁶.

2.2. REFERENCIAS TEORICAS

2.2.1. HISTORIA

La presencia de la depresión se remonta a la antigüedad, en la biblia se menciona sus síntomas como abatimiento, tristeza, afligido, desanimado, angustiado, quebrantado, etc., el Rey Saúl presento síndrome depresivo, tal como está descrito en

el antiguo testamento, y en la biblia se nota que la depresión puede afectar a cualquier persona, a pobres como Noemí, a ricos como rey Salomón, a jóvenes como David, a los mayores como Job, y a mujeres como Ana.

La filosofía de Hipócrates describió la depresión como melancolía, además la relacionó con un aumento de bilis, y un estado de aversión a la comida, desaliento, somnolencia, irritabilidad e inquietud.

2.2.2. DEFINICIONES

El Ministerio de Salud la define como un Trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes sufren²⁷.

Desde el punto de vista psicológico se la define como un síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes; también se dice que es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión, y desesperanza profundos, la depresión patológica es una tristeza sin causa aparente que la evidencie y a su vez es grave y constante, presenta perturbaciones de sueño, bajo apetito, pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer²⁸.

De la perspectiva medica según la NIH, se la define como enfermedad clínica severa que afecta al cerebro, no es solo sentirse triste por algunos días; suele tener una tendencia familiar que se manifiesta entre los 15 y 30 años de edad²⁹.

Desde el punto de vista antropológico, se la define como un hundimiento de vital en la que lo biológico y lo cultural se unen para manifestar el sufrimiento de la persona, se produce por la presión socio estructural y si la persona no sabe afrontar esta presión le llevara a tener malestar físico y emocional³⁰.

Del punto de vista del psico análisis, se la define como una perspectiva psicoanalítica, y que es, duelo y sufrimiento por la pérdida de algo real o imaginario, lo cual lo lleva a un estado de culpa, vergüenza u odio hacia uno mismo; también se menciona que la depresión puede ser por la fijación de una etapa de desarrollo psicosexual³¹.

De la perspectiva cognitiva se la define como una serie de pensamientos negativos de sí mismo, del entorno y del futuro, la persona se ve a sí mismo como incapaz, despreciado, esto hace que distorsione en la interpretación de su realidad, viendo su entorno solo en términos dañados, cree que su futuro será puro fracaso y frustración, lo que lo lleva a reasignarse y no intentar cambiar nada³².

El Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), la define como el sentimiento de tristeza intensa puede producirse por un evento o cualquier otro acontecimiento, el cual desencadena este estado de ánimo deprimido, melancólico, cuya característica principal es la alteración del humor, esta también

acompañada de las alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, especialmente en las mañanas, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte o suicidio. Tiene implicancias a nivel personal, familiar, escolar y social³³.

2.2.3. CLASIFICACION

Existen tres estamentos para clasificar la depresión, estos son: el de la Asociación Psiquiátrica Americana, Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) y la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10) de la OMS.

Según su intensidad puede ser leves, moderados o graves.

Según la CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad se evalúa por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como el deterioro funcional.

Según DSM-IV-TR, el episodio leve, se caracteriza por síntomas como tristeza, pierde el interés por las cosas y pierde la capacidad de disfrutar, aumento de agotamiento; el episodio moderado, presenta dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales; y el episodio grave muestra angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa.

En la CIE-10; se dice que estos tres episodios se caracterizan por desánimo, incapacidad del disfrute, cansancio sin haber realizado alguna actividad, alteración

del sueño, poco apetito, falta de concentración, pérdida de confianza en uno mismo, con baja autoestima, presentan enlentecimiento psicomotor, disminución de la libido, etc.

Según la OMS, se clasifican en leve, moderado o grave; de acuerdo a lo siguiente³⁴:

- **Leve:** presenta pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, debe durar al menos dos semanas; existe dificultad para llevar a cabo su actividad laboral social, pero no las deja por completo.

- **Moderado:** debe presentar dos a tres síntomas del episodio depresivo leve, además tener dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

- **Grave sin síntomas psicóticos:** se presenta angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de inutilidad o de culpa, que pueden llevar al suicidio; no puede seguir con su actividad laboral, social o doméstica simplemente lo hará de un grado limitado.

- **Grave con Síntomas Psicóticos:** se presentan ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo; suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave llega al estupor.

El Instituto Nacional de Salud mental, utiliza la clasificación de trastorno depresivo grave y el trastorno depresivo distímico, depresión psicótica, depresión posparto y el trastorno afectivo estacional³⁵.

- El Trastorno depresivo Grave, interfiere con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.
- El trastorno distímico, sus síntomas que duran de dos a más años, son menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Síntomas y signos.

Generalmente se presenta tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimiento de culpa, castigo, desconformidad con uno mismo, críticas hacia uno mismo, ideas suicidas o pensamientos, pérdida de capacidad del disfrute, cambios en el sueño y apetito, falta de concentración, abatimiento, pérdida del deseo por el sexo³⁶.

Podemos clasificar los síntomas de la siguiente manera:

- Síntomas afectivos: disforia, sentimiento de abatimiento, pesadumbre, llanto, infelicidad, e incluso irritabilidad y tristeza.

- Síntomas motivacionales: apatía, la indiferencia, la anhedonia, disminución de la capacidad del disfrute, ganas de abandonar el estudio y falta de toma de decisiones, levantarse, darse un aseo, cambiarse, vestirse son tareas casi imposibles.
- Síntomas Cognitivos: auto depreciación, sentimiento de culpa, pérdida de la autoestima.
- Síntomas conductuales: no pueden o no desean relacionarse con los demás, enlentecimiento para el trabajo.
- Síntomas Físicos: pérdida de apetito sueño y deseo sexual.

2.2.4. CAUSAS

Existen diferentes enfoques, puede presentarse por diferentes factores de influencia; las causas propuestas se describen a continuación.

- Causas Biológicas:

No son suficientes para producir un cuadro depresivo, tiene que haber influencia social, tendrá que ser influenciado de todas maneras por la sociedad, en la depresión por causa biológica ocurre cambios químicos en el cerebro³⁷.

Dentro de las causas biológicas se describen diferentes factores:

- Factores químicos:

Las alteraciones de los neuro transmisores pueden causar depresión, si se libera de forma anormal la serotonina, noradrenalina y dopamina quienes son aminérgicos, participan claramente en los mecanismos periféricos de respuestas al estrés agudo, reacciones instintivas al estrés crónico y sus correspondientes estados emocionales; los trastornos depresivos pueden ser consecuencia de la deficiencia de noradrenalina en sitios receptores centrales, a diferencia de las manías, porque esta sería el exceso de Dopamina³⁸. Los niveles de noradrenalina y serotonina y su equilibrio entre están relacionados en la forma de reaccionar ante los diferentes eventos de la vida diaria, como sentir alegría o llanto³⁹. . La serotonina está relacionada con la emoción y el estado de ánimo, ejerce acción en el talante, conducta, movimiento, aparición del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardiacas y el ciclo de sueño-vigilia. La mayoría de la serotonina cerebral se genera en los núcleos del rafé, principalmente en el noveno núcleo del rafe, localizado encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral⁴⁰. Los niveles altos de serotonina producen calma, paciencia, control de uno mismo, sociabilidad, adaptabilidad y humor estable, a diferencia de los niveles bajos, produce hiperactividad, agresividad, impulsividad, fluctuaciones del humor, irritabilidad, ansiedad, insomnio, depresión, migraña, dependencia a drogas y alcohol y bulimia⁴¹. El Locus Coeruleus es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral, que genera la noradrenalina, esta da energía; la carencia de este neurotransmisor provoca falta de atención, escasa capacidad de concentración y memorización, depresión y descenso de la libido o su desequilibrio con la serotonina puede ser causa de psicosis depresiva

unipolar o bipolar. La dopamina es parte de los “mensajeros alegres” junto con la noradrenalina y la serotonina, su liberación de ellas en el cerebro desencadenan sensaciones de euforia, felicidad y fuerte autoestima, también es favorable para la búsqueda del placer y aumenta la capacidad cognoscitiva, si este neurotransmisor tiene alteración en su liberación aparece la desmotivación hasta la depresión; la dopamina hace que se realicen actividades fuera del límite de las capacidades, y en una persona adicta al ejercicio hace que tenga una sensación de bienestar eufórica. La liberación exagerada de dopamina causa alucinaciones y paranoia, comunes en una esquizofrenia, en cambio una liberación pobre de este neurotransmisor en ciertas áreas del cerebro provoca temblores y parálisis propias del Parkinson.

- Factores Hormonales:

En la depresión se encuentra una alteración del funcionamiento del hipocampo e hipófisis y las glándulas suprarrenales; Existe disminución de sustancia blanca del hipocampo y una asimetría hemisférica de derecha-izquierda, en un estudio realizado en 30 sujetos con un primer episodio depresivo, en comparación con 30 controles, se vio que los varones tuvieron menos volumen total y de la sustancia gris en el hipocampo izquierdo, lo que no se vio en las mujeres. En personas deprimidas algunas tienen cantidades anormales de ciertas hormonas. Cuando la glándula tiroidea no funciona adecuadamente, puede haber dos tipos de problemas: Hipertiroidismo, que es la liberación de demasiada hormona tiroidea e hipotiroidismo, donde se libera poca hormona tiroidea, cualquiera de estos trastornos puede llevar a la depresión, pero se presenta más en pacientes con hipotiroidismo. De la misma manera vemos que personas con depresión tienen demasiada hormona

adrenal o cortisol en la sangre. El exceso de cortisol puede alterar directamente la función cerebral o el equilibrio natural de los neurotransmisores en el cerebro. En las mujeres en la adolescencia hay fluctuación de hormonas femeninas: estrógenos y progesterona, lo que está asociado con sus cambios de estado de ánimo, entre ellos la depresión. Los niveles de la hormona progesterona aumentan y caen durante todo el ciclo menstrual de la mujer. Cuando los niveles de progesterona caen, puede haber un aumento de peso, cambios en el apetito, irritabilidad, dificultad para una concentración, sentimientos depresivos; así también esta deficiencia de progesterona conduce a la dominación del estrógeno y este exceso puede provocar que el cuerpo retenga el cobre y el cinc perdido en la sangre y el cerebro⁴².

- Factores Genéticos:

La depresión puede afectar miembros de la misma familia, lo que sugiere una predisposición biológica. Los estudios de gemelos y de familias sugieren con claridad un componente genético tanto en la depresión grave como en los trastornos bipolares. Hay estudios que revelan que existe riesgo mayor de desarrollar depresión grave si el gemelo idéntico de la persona padece este trastorno (54%) que si la padece el padre, el hermano o la hermana (16.6%). Los que tienen parientes con un diagnóstico bipolar, tienen de 1.5 a 3 veces más probabilidad para desarrollar depresión grave, que aquellas que no tienen ningún familiar con este diagnóstico. Los estudios de las familias también demuestran que mientras más joven sea la persona cuando ocurre la primera depresión, más probable es que sus parientes también experimenten periodos de depresión⁴³. Los estudios realizados con familias, han mostrado que los padres,

hermanos e hijos de pacientes deprimidos tienen un riesgo entre 10 a 15% de padecerla, en comparación con el 1 al 2% en la población general⁴⁴.

- Factores Psicológicas.

Las diferentes respuestas y la acumulación de estresores en la vida pueden ser los primordiales factores que favorecen la depresión. Individuos que se deprimen más, presentan mayor dificultad para organizar material, y problemas para memorizar.

Los paradigmas negativos adquiridos durante la infancia son responsables de la formación de una depresión primaria. Así también las experiencias negativas de las personas, como por ejemplo, el desprecio de los padres o la violencia, influyen en la aparición de una depresión; ya que estas experiencias los llevan a menudo a sentimientos de auto rechazo y al desarrollo de una imagen propia negativa, lo cual ven su entorno con desconfianza y de forma pesimista, finalmente su futuro es incierto⁴⁵. Las mujeres dan a conocer sus molestias o cualquier evento negativo que esté pasando en cambio los hombres no. Esto hace que ellas cuenten más sus problemas a los demás y se culpan con mayor frecuencia de las situaciones difíciles que los hombres; por lo que aparentemente la mujer tiene menor control y más depresión que el hombre. La tendencia de las mujeres a reportar más síntomas de depresión que los hombres puede ser responsable de su mayor probabilidad de cumplir con los criterios para un trastorno depresivo, mientras que los varones utilizan alcohol y otras sustancias para disminuir los síntomas; una mujer para regular su estado de ánimo puede utilizar técnicas más pasivas como encerrarse, no hablar

con nadie y llorar, en cambio el varón utiliza técnicas más activas donde le proporcionen placer y distracción como practicar un deporte que le guste salir.

- Factores Sociales.

La condición de ser mujer es un factor de riesgo para la depresión, es un trastorno para la cuarta parte de la población femenina y esta tiene el doble de probabilidad de presentar depresión en comparación a la población masculina⁴⁶.

La crianza de los padres haciendo diferencia entre varón y mujer, tiene implicancia en el futuro de la persona, puede ser que las mujeres sean más temerosas y preocupadas por la observación de otros, en cambio los hombres tienen un sentido de dominio e independencia. Por ello el clima social tiene un papel importante en las diferencias de estado de ánimo. Desde el punto de vista cultural y social, cuando una mujer se deprime buscan como causa sus propios errores, a diferencia del hombre quien suele buscar la causa a fuentes externas. Por esta razón las mujeres interiorizan sus problemas volcándose hacia sí mismas, culturalmente se da una reacción negativa hacia una mujer agresiva, por lo que desean verse casi todo el tiempo como personas amables, en espera de aprobación social, ya que temen perder amistades por su ira o enojo.

La diferencia entre hombres y mujeres relacionadas al tipo de educación, oportunidades laborales, prácticas negativas de crianza y exposición a traumas específicos, son factores que influyen en los diferentes tipos de cognición y personalidad. Durante la vida de una persona las mujeres suelen experimentar más eventos vitales estresantes que los hombres y pueden ser más sensibles a sus efectos.

Las adolescentes tienden a reportar un mayor número de eventos vitales negativos; principalmente los relacionados con sus padres y pares⁴⁷.

Las adolescentes mujeres son más susceptibles que los adolescentes varones a depresivos en respuesta a las discordias familiares, y a la depresión materna.

Existen muchos factores que pueden causar depresión, pero ninguno es suficiente, la depresión depende del desarrollo de cada persona; sin embargo las mujeres son más vulnerables a los factores desencadenantes⁴⁸.

2.2.5. TRATAMIENTO

Los síntomas y signos pueden ser regulados con algún tratamiento, el cual depende de la gravedad; la psicoterapia es la primera elección en depresión leve y moderada, y la más utilizada es de tipo cognitivo conductual, luego está la farmacoterapia para casos de moderados a severos. También puede darse una intervención multimodal donde incluyen intervenciones a nivel individual, familiar, grupal y farmacológico.

Los tratamientos conductivo conductuales incluyen el entrenamiento en habilidades sociales, la resolución de problemas, debido a que constituye una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que lo rodea. Lo básico para la terapia cognitiva son las cogniciones de los pacientes, a partir de los pensamientos automáticos. Los pensamientos automáticos proceden de las tres fuentes siguientes:

La información oral del paciente, al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas.

Los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia.

El material introspectivo o de auto registro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones.

La terapia racional emotiva se orienta a que el paciente aprenda nuevas habilidades en su forma de percibir, entender y reaccionar ante las dificultades, y así reducir la gravedad y duración de la enfermedad, es decir que se da la oportunidad al sujeto a que ponga sus propias metas y se esfuerce por alcanzarlas racionalmente. También es importante desarrollar terapias de grupo para ayudar al desarrollo de habilidades sociales y reducir el aislamiento social del paciente deprimido.

Las intervenciones de los familiares son importantes, estos deben conocer la sintomatología de sus familiares, comprender sus actitudes, aceptar la enfermedad y no reforzar las conductas negativas, lo cual es de mucha ayuda en la terapia.

Los psicofármacos tienen carácter complementario y facilitador de la psicoterapia. El uso de fármacos estaría indicado en depresiones moderadas a graves, dentro de ellos tenemos⁴⁹:

Los antidepresivos tricíclicos tienen características farmacocinéticas y farmacodinámicas, mecanismo de acción y efectos secundarios parecidos. En este grupo están las aminas terciarias (imipramina, amitriptilina, trimipramina, doxepina y clomipramina) y las aminas secundarias (desipramina, nortriptilina y protriptilina). Muy parecidos son los “Antidepresivos tetracíclicos”, dentro de ellos están maprotilina, mianserina y amoxapina. Estas tienen un efecto antidepresivo al actuar directamente en los neurotransmisores, pero producen sequedad en la boca, visión borrosa, estreñimiento y retención urinaria, hasta el aumento de peso.

Los antidepresivos heterocíclicos son peligrosos en caso de sobredosificación voluntaria o accidental, y puede resultar mortal, lo que debe ser tenido en cuenta en situaciones con riesgo de suicidio.

Entre los ISRS, la fluoxetina tiene un tiempo de vida medio de más prolongada, de 9 días aproximadamente, mientras el resto tiene alrededor de 20 horas; la paroxetina muestra la mayor potencia de acción sobre la recaptación serotoninérgica, pero esa diferencia no parece influir sobre su utilidad terapéutica. La paroxetina es el ISRS más sedante, mientras que la fluoxetina parece tener una acción más estimulante.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE INVESTIGACION

Según la intervención del investigador fue observacional, porque el investigador no manipulo ninguna variable.

Según planificación de la toma de datos fue retrospectivo, porque la información se tomó de hechos ocurridos en el pasado, registrados en las historias clínicas.

Según el número de mediciones de la variable fue transversal, porque se realizó una sola medición.

Según el número de variables a analizar fue analítico, y corresponde a un diseño epidemiológico de casos y controles.

3.2. POBLACIÓN

Todos los pacientes entre 20 a 50 años de edad que acudieron a consultorio externo de medicina del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en año 2018.

3.3. TAMAÑO DE MUESTRA

Se calculó el tamaño de muestra según el muestreo aleatorio simple para estimar proporciones, con un nivel de confianza de 95% y error máximo permisible de 5%, y una proporción de 0.5 (se asumió este valor de 0.5 porque no se conoce la prevalencia de la

depresión en Juliaca), a este tamaño de muestra se le agrego un 10% por posibles pérdidas de casos seleccionados. La fórmula a utilizar fue:

$$n = \frac{z^2 pq}{E^2}$$

Dónde:

n: tamaño de muestra

z: nivel de confianza de 95% = 1.96

p: prevalencia de depresión = 0.5

q: $1 - p = 0.5$

E: error máximo permitido de 5% = 0.05

De acuerdo con el total de atendidos entre 20 a 50 años en el servicio de medicina, que fue, de 1,260 pacientes, se calculó el tamaño de muestra que resulto de resultante fue 384 pacientes

3.4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

De la base de datos de estadística se obtuvo un listado de pacientes de 20 a 50 años que fueron atendidos en consultorio externo de medicina y se seleccionó por muestreo aleatorio sistemático los pacientes que ingresaron al estudio de acuerdo al tamaño de muestra; para ello se calculó el intervalo de selección (r) dividiendo el total de pacientes entre el tamaño de muestra; luego se seleccionó un numero al azar entre el cero y el intervalo de selección, ese número se buscó en el listado de pacientes y ese fue el primer paciente que ingreso al estudio, seguidamente a ese número se le sumo el intervalo de selección y el numero resultante se buscó en el registro de pacientes y ese fue el

segundo paciente que ingreso al estudio, esto se repitió sucesivamente hasta completar el tamaño de muestra. La fórmula es la siguiente:

$$r = \frac{N}{n}$$

Dónde:

r: intervalo de selección

N: Total de pacientes atendidos en el servicio de Medicina

n: tamaño de muestra

Una vez que tuvimos el listado de los 384 pacientes de la muestra se verifico el diagnostico, encontrándose 71 pacientes con diagnóstico de depresión; estos conformaron el grupo de casos; y para los controles se eligió el mismo número, por selección sistemática del resto de pacientes de la muestra que no tenían diagnóstico de depresión.

3.5. INSTRUMENTO

Se utilizó una ficha de recolección de datos estandarizada con los datos de las variables de estudio. Esta ficha fue validada en una prueba piloto con 20 historias clínicas de pacientes atendidos en el consultorio de medicina, a los cuales se les aplico la ficha y se realizó las correcciones necesarias; estos 20 pacientes de la prueba piloto ya no ingresaron al estudio; también fue validada por Juicio de expertos, para tal efecto, la ficha fue presentada a los dos médicos Psiquiatras del hospital Carlos Monge Medrano, los cuales dieron su aprobación.

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos se coordinó con los responsables de estadística del hospital, de donde se obtuvo un listado de los pacientes de 20 a 50 años de consulta externa del servicio de medicina en año 2018. Luego se identificaron los pacientes que ingresaron al estudio; y se aplicó la ficha de recolección de datos.

3.7. ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS

Para el análisis estadístico, primero se calculó la prevalencia de la Depresión y las variables continuas se expresaron en promedios y desviación estándar y las variables categóricas en frecuencia y porcentaje; luego para el análisis de los factores asociados, de todos los pacientes que ingresaron a la muestra se conformaron 2 grupos, el primero correspondió a los casos, los cuales fueron los pacientes con diagnóstico de depresión y el segundo grupo fueron los controles y estuvo conformado por los pacientes que no tenían diagnóstico de Depresión y se comparó cada factor tanto en los casos como en los controles y se calculó el odds ratio (OR) y el intervalo de confianza (IC 95%), la significación estadística se definió por un valor de $p < 0,05$. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Epi Info Ver 7.

Formula de la prevalencia

$$P = \frac{\text{Numero de pacientes con depresion}}{\text{Tamaño de muestra}} \times 100$$

Formula del Odds Ratio: OR.

$$OR = \frac{A * D}{B * C}$$

Dónde:

Casos: pacientes con depresión

Controles: pacientes sin depresión

a: los casos que presentan la variable en estudio

b: los controles que presentan la variable en estudio

c: los casos que no presentan la variable en estudio

d: los controles que no presentan la variable en estudio

Formula de p de Maentel Haenzel.

$$p = \frac{a! + b! + c! + d!}{n! (a + b)! (c + d)! + (b + c)! + (a + c)}$$

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Prevalencia de Depresión Clínica en pacientes de 20 a 50 años atendidos en consulta externa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018.

DEPRESION	NUMERO	PREVALENCIA (%)
SI	71	18.4
NO	313	81.6
TOTAL	384	100.0

Fuente: Historias Clínicas

Observamos en la tabla 1, que de 384 pacientes, presentaron depresión 71, lo que constituye una prevalencia de 18.4%.

A nivel Internacional Moreno J y Col, en el 2017, en encontró un valor superior al nuestro, señalo el 19,2%⁷; y otros investigadores reportaron cifras inferiores a las nuestra, tal como Costas M, y Col en el 2013 en España encontró el 10%¹² y Cárdena L, y Col en Colombia en el 2010 evidencio el 16,5%¹⁵.

A nivel nacional se reportaron valores inferiores a los nuestros, así, Talledo R, en el 2013 en Arequipa señalo el 11,11%²¹; Zevallos S, en los departamentos de Ancash, Ayacucho y Cajamarca, en los años 2003 y 2008 encontró el 17.6%²².

A nivel regional se encontraron cifras superiores a las nuestras, tenemos que, Vargas A, en el 2016 en Puno indico el 25 %²⁴; y Llerena V, en Puno en el 2007 mostro el 26.6 %²⁶.

En nuestro estudio son inferiores a lo que sucede a nivel internacional, son superiores a lo reportado a nivel nacional y son inferiores a lo encontrado a nivel regional, la explicación de estas diferencias podría deberse a que los estudios se realizaron en diferentes años y además las poblaciones con las que se realizó también eran diferentes.

Tabla 2. Depresión Clínica, según grupo de edad, en pacientes de 20 a 50 años atendidos en consulta externa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018

GRUPO DE EDAD (años)	DEPRESION		NO DEPRESION	
	No.	%	No.	%
20 a 30	32	45.1	25	35.2
31 a 40	14	19.7	22	31.0
41 a 50	25	35.2	24	33.8
TOTAL	71	100.0	71	100.0

Fuente: historias Clínicas

En la tabla 2 se evidencia que 32 pacientes con depresión tenían entre 20 y 30 años de edad, lo que representa el 45.1%; 14 estaban entre los 31 a 40 años de edad, lo que señala el 19.7%; y 25 tenían entre 41 a 50 años de edad, lo que representa el 35.2%; algo similar ocurrió en los pacientes sin depresión, en los cuales 25 tenían entre 20 y 30 años de edad, lo que representa el 35.2%; 22 estaban entre los 31 a 40 años de edad, lo que señala el 31.0%; y 24 tenían entre 41 a 50 años de edad, lo que representa el 33.8%. Por otro lado, el promedio de edad para los pacientes con depresión fue de 34 años con

una desviación estándar de 11 años, y para los pacientes sin depresión fue 35 años con una desviación estándar de 10 años; de acuerdo con esto diríamos que el grupo de edad más afectado fue el 20 a 30 años.

Algunos autores encontraron cifras diferentes a las nuestras, señalaron la mayor frecuencia en mayores de 30 años, así tenemos, Abdulrahman A, y Col, en el 2017 en Buraidah, en Arabia Saudita reportaron mayor frecuencia en mayores de 40 años⁶, Baca E, y Col, en el 2014 en España encontró reporto 49.6% para los mayores de 35 años¹¹; esto se puede explicar porque en su población de estudio había mayor porcentaje en esos grupos de edad.

Otros autores en Colombia encontraron valores del promedio de edad similares a los nuestros, así tenemos, Peñuela M y Col, en el 2004 encontraron el promedio de edad de 37 años con desviación estándar de 12 años¹³ y Cárdena L y Col, en el 2010 encontraron una edad promedio de 37 años¹⁵.

A nivel nacional y en Puno, se reportaron valores parecidos a los nuestros, indicando que el la mayor frecuencia se dio entre los 20 y 35 años de edad, así tenemos, Salazar C, en Lima en el 2014 encontró mayor frecuencia en la edad de 34 años con 7.69%¹⁸, Zevallos S, en la Sierra Peruana en el 2015 encontró el grupo más afectado de 26 a 37 años con 30.4%²², Llerena V, en Puno en el 2007 señaló el 50.6% para el grupo de edad de 21 a 30 años²⁶.

En nuestro estudio encontramos que el grupo de edad más afectado fue el de 20 a 30 años, esto fue apoyado por otros estudios a nivel nacional y regional en los cuales

también se reportó el mismo grupo como más comprometido, lo que sucede en Juliaca estaría dado porque en este grupo de edad hay muchos estudiantes, muchos solteros, algunas madres solteras, lo que produciría una estabilidad económica y emocional inadecuada, lo que conllevaría a la depresión.

Tabla 3. Depresion Clinica, según sexo, en pacientes de 20 a 50 años atendidos en consulta externa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018

SEXO	DEPRESION		NO DEPRESION	
	No.	%	No.	%
MASCULINO	14	19.7	25	35.2
FEMENINO	57	80.3	46	64.8
TOTAL	71	100.0	71	100.0

Fuente: historias Clínicas

Observamos en la tabla 3 que de acuerdo al sexo, en los pacientes con depresión la mayor cantidad fueron de sexo femenino, con 57 pacientes, lo que representa el 80.3%; y de sexo femenino fueron 14 pacientes, lo que hace el 19.7%; en cambio en los pacientes sin depresión 46 fueron de sexo femenino lo que hace el 64.8% y 25 fueron de sexo masculino lo que señala el 35.2%; por consiguiente podemos decir que el sexo femenino fue el más afectado.

A nivel internacional, en algunos Países, como Arabia , Grecia y Malasia se encontraron cifras diferentes a las nuestras, ellos reportaron mayor frecuencia en el sexo masculino, así tenemos, Abdulrahman A, y Col, en el 2017 en Buraidah, señalaron 50% para femenino y 50% para femenino⁶, Polikandrioti M, y Col, en el 2015 en Atenas - Grecia encontró 65.3% para sexo masculino⁸, Ganasegeran K, y Col, en el 2014 en

Malasia encontraron para el sexo masculino 58.6%¹⁰; esta diferencia puede explicarse porque esos Países las costumbres y los hábitos son diferentes a los nuestros.

En otros Países Europeos y en América del Sur, se reportaron hallazgos semejantes a los nuestros, con mayor frecuencia en el sexo femenino, así tenemos, Moreno J, y Col, en el 2017 en Zaragoza encontró para el sexo femenino 65%⁷, Baca E, y Col, en el 2014 en España señaló el 68.7% sexo femenino¹¹, Peñuela M, y Col en el año 2004 en Colombia reporto el 64.6% femenino¹³, Dorta L, y Col, en el 2011 en Venezuela, 57% femenino¹⁴, Cárdena L, y Col en Colombia en el 2010 evidencio en el sexo femenino el 57.1%¹⁵.

En el Perú y en Puno se encontraron cifras parecidas a las nuestras, con mayor frecuencia en el sexo femenino, así tenemos, Salazar C, en el año 2015 en Lima encontró el 69.2% para el sexo femenino¹⁸, Zevallos S, en los departamentos de Ancash, Ayacucho y Cajamarca en los años 2003 y 2008 encontró 70.8% en sexo femenino²² y Llerena V, en Puno en el 2007 reporto el 57.4% en sexo femenino²⁶.

Nuestros hallazgos en Juliaca podrían explicarse por lo que menciona la literatura, señala que, la depresión es más frecuente en sexo femenino debido a causas hormonales y circunstancias individuales y sociales de género; la relación de los estrógenos con la síntesis de la serotonina, neurotransmisor implicado en numerosos trastornos psiquiátricos, como la depresión, explica la presencia de trastornos depresivos asociados a ciclos reproductivos en la mujer. En cada ciclo reproductivo aumenta el riesgo de padecer trastornos depresivos ya que se produce un descenso en la producción de estrógenos. Entre las causas de género el estrés, las responsabilidades en el hogar y el

trabajo, ser madre soltera, el cuidado de los niños y padres ancianos, además del puesto de trabajo que desempeñan fuera de casa, De este modo, la depresión se incrementa cuando la mujer asume un triple papel en la sociedad: es ama de casa, cuida de sus hijos y además trabaja fuera del hogar. La crianza de los padres haciendo diferencia entre varón y mujer, tiene implicancia en el futuro de la persona, puede ser que las mujeres sean más temerosas y preocupadas por la observación de otros, en cambio los hombres tienen un sentido de dominio e independencia. Por ello el clima social tiene un papel importante en las diferencias de estado de ánimo. Desde el punto de vista cultural y social, cuando una mujer se deprime busca como causa sus propios errores, a diferencia del hombre quien suele buscar la causa a fuentes externas. Por esta razón las mujeres interiorizan sus problemas volcándose hacia sí mismas, culturalmente se da una reacción negativa hacia una mujer agresiva, por lo que desean verse casi todo el tiempo como personas amables, en espera de aprobación social, ya que temen perder amistades por su ira o enojo.

Tabla 4. Depresion Clinica, segun ocupacion, en pacientes de 20 a 50 años atendidos en consulta externa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018

OCUPACION	DEPRESION		NO DEPRESION	
	No.	%	No.	%
DESEMPLEADO/A	15	21.1	17	23.8
AMA DE CASA	20	28.2	25	35.2
ESTUDIANTE	23	32.4	12	16.1
COMERCIANTE	8	11.4	6	8.5
OBRERO/A	3	4.2	9	12.7
EMPLEADO/A	2	2.8	2	2.8
TOTAL	71	100.0	71	100.0

Fuente: historias Clínicas

De acuerdo a la ocupación, en la tabla 4 se presenta que en los pacientes con depresión 15 eran desempleados, lo que hace el 21.1%; 20 amas de casa, lo que representa el 28.2%; 23 estudiantes lo que indica el 32.4%; 8 comerciantes, lo que señala el 11.4%; 3 obreros y 2 empleados, lo que hace el 4.2% y 2.8% respectivamente; en los no pacientes sin depresión 17 eran desempleados, lo que hace el 23.8%; 25 amas de casa, lo que representa el 35.2%; 12 estudiantes lo que indica el 16.1%; 6 comerciantes, lo que señala el 8.5%; 9 obreros y 2 empleados, lo que hace el 12.7% y 2.8% respectivamente, es así que mencionamos que la mayor proporción de depresión se presentó en estudiantes.

En los estudios Internacionales y nacionales se reportan valores diferentes a los nuestros, así tenemos que Dorta L, y Col en el 2011 en Venezuela indico la mayor proporción en amas de casa con 47%¹⁴, Cárdena L, y Col en Colombia en el 2010 señala la mayor proporción para pacientes desempleados con 56%¹⁵ y Bendezú C, en el 2014 en Lima indico la mayor frecuencia en empleados dependientes con 55%¹⁹.

En Puno Apaza G, en el 2017 encontró diferente a nuestros resultados, señalo la mayor proporción en trabajadores dependientes (empleado, obrero) con 46.8%²²; por el contrario, Llerena V, en el 2007 reporto valores parecidos a los nuestros, evidencio la mayor frecuencia en estudiantes con 20.8%²⁶.

Nosotros encontramos la mayor frecuencia en estudiantes, a diferencia de lo que ocurre a nivel internacional y nacional, donde son otros los grupos más afectados, solo un estudio en puno corrobora nuestros hallazgos; nosotros explicamos lo que encontramos en Juliaca debido a que se considera que el estudiante esta propenso a

padecer depresión por muchos factores, dentro de ellos tenemos, el estrés ante el aprendizaje de nuevos conocimientos y el estrés relacionado a las evaluaciones, por otro lado las bajas calificaciones; también es importante considerar la situación económica, muchas veces los estudiantes no tienen los medios económicos suficientes para dedicarse íntegramente al estudio, por otro lado tenemos la migración, muchos estudiantes de Juliaca vienen de otras localidades a estudiar, donde dejan a sus padres y hermanos, y esto los inclina a la depresión, otra situación importante es que los estudiantes están propensos al consumo de drogas, alcohol u otras sustancias que posteriormente influyen en su salud mental.

Tabla 5. Depresión Clínica, según nivel de instrucción, en pacientes de 20 a 50 años atendidos en consulta externa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018.

NIVEL DE INSTRUCCION	DEPRESION		NO DEPRESION	
	No.	%	No.	%
NINGUNO	0	0	0	0
PRIMARIA	11	15.5	12	16.9
SECUNDARIA	55	77.5	58	81.7
SUPERIOR TECNICO	2	2.8	1	1.4
SUPERIOR UNIVERSITARIO	3	4.2	0	0
TOTAL	71	100.00	71	100.0

Fuente: historias Clínicas

En la tabla 5 observamos el nivel de instrucción, y tenemos tanto para los pacientes con depresión y sin depresión todos tenían algún nivel de instrucción, luego de los pacientes con depresión 11 tuvieron primaria, lo que representa el 15.5%; 55 tenían secundaria, lo que hace el 77.5%; 2 cursaron superior técnico y 3 superior universitario, lo que señala el 2.8% y 4.2% respectivamente; en los pacientes sin depresión 12 tuvieron primaria, lo que representa el 16.9%; 58 tenían secundaria, lo que hace el 81.7%; 1 curso superior técnico, lo que señala el 1.4%. Por consiguiente, la mayor proporción de depresión se presentó en pacientes con nivel de instrucción secundaria.

Abdulrahman A, y Col, en el 2017 en Buraidah y Polikandrioti M, y Col, en el 2015 en Atenas- Grecia, reportaron diferente a nuestros resultados, el primero encontró la mayor frecuencia en el nivel de universitario con el 47.3%⁶, y el segundo en el nivel de educación primaria con 58.9%⁸, de igual manera Dorta L, y Col, en el 2011 en Venezuela encontraron el 54% con¹⁴; pero en España Baca E, y Col, en el 2014 encontró resultados similares a los nuestros, señalo la mayor frecuencia en nivel educativo secundaria con 40%¹¹.

A nivel nacional, en la ciudad de Lima, un grupo de autores encontró parecido a nuestros hallazgos, es decir la mayor frecuencia en el nivel secundario, así tenemos, García R, en el año 2015 señalo el 55%¹⁷, Salazar C, en el año 2015 indico el 57.69%¹⁸ y Bendezú C, en el 2014 menciona el 43%¹⁹, sin embargo otro grupo de investigadores encontraron resultados diferentes, así, Hernández S, en el 2014 en Trujillo encontró el 62% sin instrucción escolarizada²⁰, Zevallos S, en el 2015 en los departamentos de Ancash, Ayacucho y Cajamarca en los años 2003 y 2008 reporto sin nivel de instrucción el 26.3%²².

En Puno se encontraron resultados diferentes a los nuestros, tenemos que, Apaza G, en el 2017 señaló el 53.2% con educación superior²³ y Llerena V, en Puno en el 2007 menciona el nivel superior con 58.4%²⁶.

Se considera que a mayor nivel de instrucción la posibilidad de depresión disminuye, nosotros en Juliaca encontramos que los pacientes con depresión en gran porcentaje solo han alcanzado la secundaria, esto se explicaría porque la situación económica u otros factores no les permitieron continuar estudios superiores, lo cierto es que una persona con nivel de instrucción secundaria es posible que no haya adquirido las habilidades suficientes desde el punto de vista emocional para sobreponerse a las dificultades que se presentan en la vida diaria y presente depresión.

Tabla 6. Depresion Clinica, segun estado civil, en pacientes de 20 a 50 años atendidos en consulta externa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018.

ESTADO CIVIL	DEPRESION		NO DEPRESION	
	No.	%	No.	%
SOLTERO/A	42	59.2	30	42.3
CASADO/A	26	36.6	40	56.3
CONVIVIENTE	1	1.4	0	0
SEPARADO/A	1	1.4	0	0
VIUDO/A	1	1.4	1	1.4
TOTAL	71	100.0	71	100.0

Fuente: historias Clínicas

De acuerdo al estado civil, en la tabla 6 se observa que en los pacientes con depresión 42 fueron solteros, lo que hace el 59.2%; 26 eran casados, lo que representa el 36.6 %; y fue conviviente, separado o viudo con un paciente en cada estado civil, lo que señala el 1.4%; en los pacientes sin depresión 30 fueron solteros, lo que hace el 42.3%; 40 eran casados, lo que representa el 56.3 %; ninguno fue conviviente o separado; y 1 fue viudo, lo que señala el 1.4%; de acuerdo a lo descrito diríamos que la mayor frecuencia se presentó en el grupo de solteros.

A nivel internacional algunos investigadores reportaron resultados diferentes a los nuestro, ellos mencionan la mayor frecuencia de depresión en casados, así tenemos, Abdulrahman A, y Col, en el 2017 en Buraidah, encontró el 76.4%⁶, y Ganasegeran K, y Col, en el 2014, el 62%¹⁰; pero otros investigadores encontraron resultados parecidos a los nuestros, señalan la mayor frecuencia de depresión en solteros, dentro de ellos están, Baca E, y Col, en el 2014, en España reporto el 52.6%¹¹, Peñuela M, y Col, en el año 2004 en Colombia el 50.5%¹³. Dorta L, y Col, en el 2011 en Venezuela el 47%¹⁴, y Cárdena L, y Col, en Colombia en el 2010 el 54.5%¹⁵.

A nivel nacional, en Lima se encontró diferente a nuestros reportes, encontraron la mayor frecuencia en casados, García R, en el año 2015 con el 44.2%¹⁷, Salazar C, en el año 2015 señaló el 28.57%¹⁸, Bendezú C, en el 2014 reporto el 64%¹⁹. Zevallos S, en el 2015 en los departamentos de Ancash, Ayacucho y Cajamarca, en los años 2003 y 2008 encontró mayor frecuencia en los viudos, señaló el 40.1%²².

En Puno Apaza G, en el 2017 en Puno, encontró diferente a nuestros resultados, señaló el 64% para casados²³; sin embargo, Llerena V, mostro resultados parecidos a los nuestros, encontró el 45% en solteros²⁶.

El estado civil brinda una estabilidad emocional y económica en la persona, en nuestro estudio la mayor proporción de depresión se presenta en solteros, esto se podría deducir de que, los solteros no tienen estabilidad económica ni emocional, podría ser que en este grupo existe un buen número de madres solteras que no tienen el ingreso económico suficiente, por otro lado muchos de ellos no tienen trabajo, lo cual les representa estados de preocupación, así mismo los solteros están más propensos de realizar actividades sociales que no son las más adecuadas, por ejemplo ingesta de bebidas alcohólicas, consumo de drogas, etc., lo que influye negativamente en su salud mental.

Tabla 7. Depresion Clinica, según procedencia, en pacientes de 20 a 50 años atendidos en consulta externa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018.

PROCEDENCIA	DEPRESION		NO DEPRESION	
	No.	%	No.	%
URBANO	47	66.2	58	81.7
RURAL	24	33.8	13	18.3
TOTAL	71	100.0	71	100.0

Fuente: historias Clínicas

En la tabla 7 se señala que la procedencia de los pacientes con depresión, 47 fueron de zona urbana, lo que representa el 66.2% y 24 de zona rural lo que hace el 33.8%; y la procedencia de los pacientes sin depresión fue 58 de zona urbana, lo que representa

el 81.7% y 13 fueron de zona rural lo que hace el 18.3%. Por consiguiente, la mayor frecuencia se presentó en zona rural.

La mayor proporción se presentó en los precedentes de zona rural, esto podría ser porque en dichas zonas existen más pobreza, menor nivel de educación, las personas dedican más tiempo a su trabajo y tienen muy pocas actividades de distracción, en algunos lugares no existe electricidad, no hay transporte automotor, no hay centros de esparcimiento, todo esto haría que la persona este mas predispuesta a la depresión.

Tabla 8. Depresion Clina, segun numero de hijos, en pacientes de 20 a 50 años atendidos en consulta externa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018

NUMERO DE HIJOS	DEPRESION		NO DEPRESION	
	No.	%	No.	%
NINGUNO	29	40.8	33	46.5
1	11	15.5	3	4.2
2	18	25.4	17	23.9
3	7	9.9	11	15.5
MAS DE 3	6	8.4	7	9.9
TOTAL	71	100.0	71	100.0

Fuente: historias Clínicas

En la tabla 8 se muestra el número de hijos, y tenemos en los pacientes con depresión, 29 no tenían ningún hijo, lo que representa el 40.8%; 11 tenían 1 hijo, lo que hace el 15.5%; 18 tuvieron 2 hijos, lo que señala el 25.4%; 7 tenían 3 hijos lo que indica el 9.9% y 6 tuvieron más de 3 hijos lo que hace el 8.4%; y en los pacientes sin depresión,

33 no tenían ningún hijo, lo que representa el 46.5%; 3 tenían 1 hijo, lo que hace el 4.2%; 17 tuvieron 2 hijos, lo que señala el 23.9%; 11 tenían 3 hijos lo que indica el 15.5% y 7 tuvieron más de 3 hijos lo que hace el 9.9%. Por lo tanto, el mayor porcentaje se encontró en el grupo de pacientes que no tenían hijos.

Este resultado está relacionado a la ocupación de los pacientes, hemos mostrado que la mayor proporción de depresión se encontró en estudiantes y es lógico pensar que los estudiantes no están preparados ni decididos a tener descendencia.

Tabla 9. Depresión Clínica, según comorbilidad de daños crónicos degenerativos, en pacientes de 20 a 50 años atendidos en consulta externa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018.

COMORBILIDAD	DEPRESION		NO DEPRESION	
	No.	%	No.	%
SI	11	15.5	3	4.2
NO	60	64.5	68	95.8
TOTAL	71	100.0	71	100.0

Fuente: historias Clínicas

En la tabla 9 se muestra la comorbilidad, referida exclusivamente a enfermedades crónico degenerativas; y en los pacientes con depresión se encontró que 11 presentaron comorbilidad, lo que representa el 15.5%; y 60 no tenían comorbilidad, lo que hace el 64.5%; y en los pacientes sin depresión se encontró que 3 presentaron comorbilidad, lo que representa el 4.2%; y 68 no tenían comorbilidad, lo que hace el 95.8%.

Las investigaciones a nivel internacional, nacional y local reportaron valores parecidos a los nuestros, así tenemos, Anguiano S, y Col, en el 2017 en México, señaló el promedio de pacientes con depresión y con una enfermedad crónica, el cual fue 10.29⁵; Meza M, en el 2015, en Veracruz en pacientes con diabetes mellitus, el nivel de depresión fue de 34%⁹; Bendezú C, en el 2014, Lima-Perú reportó en pacientes con cardiopatía isquémica el 30%¹⁹; Hernández S, en el 2014, en Trujillo menciona que el 27.5% de pacientes con depresión presentan enfermedad crónica²⁰; Talledo R, en el 2013, en Arequipa en pacientes con enfermedad oncológica, encontró el 42,22%²¹; Apaza G, en el 2017 realizó un estudio en Puno, en pacientes con insuficiencia renal crónica señala el 44.5%²³.

Las enfermedades crónicas degenerativas producen cambios de estilo de vida potencialmente estresantes como, por ejemplo, dejar de hacer actividades que disfrutan, adaptarse a nuevas limitaciones físicas y necesidades especiales y pagar medicaciones y servicios de tratamiento costosos. Incluso la vida diaria puede resultar difícil; con el tiempo, estas tensiones y sentimientos negativos pueden alterar la estabilidad emocional necesaria para tener una vida normal; por otro lado, la falta de progreso en la recuperación o el empeoramiento de los síntomas pueden desencadenar pensamientos negativos que aumentan los sentimientos de ansiedad y tristeza, que con frecuencia llevan a la depresión. Así mismo la depresión conduce a malos hábitos alimenticios, falta de ejercicio e higiene, puede complicar la recuperación de una enfermedad crónica y empeorar el estado físico en general. La depresión ha sido asociada de manera negativa con casi todas las medidas de autocuidado de la diabetes y de la Hipertensión arterial, como, por ejemplo, asistencia a citas médicas, dieta, medicación y actividad física. En este sentido, la depresión

empeora la calidad de vida, genera un mayor gasto en servicios médicos, y provoca mayor discapacidad funcional.

Tabla 10. Depresión Clínica, según antecedente de depresión, en pacientes de 20 a 50 años atendidos en consulta externa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018.

ANTECEDENTE DE DEPRESION	DEPRESION		NO DEPRESION	
	No.	%	No.	%
SI	17	23.9	3	4.2
NO	54	76.1	68	95.8
TOTAL	71	100.0	71	100.0

Fuente: historias Clínicas

En la tabla 10 se muestra el antecedente personal de depresión, y en los pacientes con depresión se encontró que 17 presentaron el antecedente, lo que representa el 23.9%; y 54 no lo tenían, lo que hace el 76.1%; y en los pacientes sin depresión se encontró que 3 presentaron el antecedente, lo que representa el 4.2%; y 68 no lo tenían, lo que hace el 95.8%. El mayor porcentaje se presentó en pacientes que no tenían el antecedente de depresión; pero si comparamos el porcentaje de pacientes con depresión y que tenían el antecedente, con el porcentaje de pacientes sin depresión y que tenían el antecedente, observamos que dicho porcentaje es 6 veces mayor en el grupo de depresión en comparación al grupo sin depresión.

Algunos investigadores encontraron hallazgos parecidos a los nuestros, mencionan el antecedente personal de depresión, pero con frecuencias diferentes; así

tenemos que, Peñuela M, y Col, en el año 2004 en Colombia señalo el 87.6%¹³, cifra más elevada que la nuestra; por el contrario, Bendezú C, en el 2014 en Lima reporto el 12%¹⁹, valor más bajo que el nuestro.

La literatura menciona que el 50 % de pacientes pueden tener un segundo episodio después de dos años de su recuperación. Las causas más comunes de episodios sucesivos de depresión son volver a los anteriores hábitos de pensamiento y vida, o una nueva situación; los pacientes no cumplen estrictamente con los tratamientos y terapias que se les indico; en algún momento en la vida de estos pacientes, se presenta un evento negativo y produce una repetición del cuadro depresivo.

Tabla 11. Depresion Clinica, según antecedente familiar de depresion, en pacientes de 20 a 50 años atendidos en consulta externa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018.

ANTECEDENTE FAMILIAR	DEPRESION		NO DEPRESION	
	No.	%	No.	%
SI	3	4.2	2	2.8
NO	68	95.8	69	97.2
TOTAL	71	100.0	71	100.0

Fuente: historias Clínicas

De acuerdo con el antecedente familiar de depresión, en la tabla 11 se muestra que en los pacientes con depresión se encontró que 3 presentaron el antecedente, lo que representa el 4.2%; y 68 no lo tenían, lo que hace el 95.8%; y en los pacientes sin depresión se encontró que 2 presentaron el antecedente, lo que representa el 2.8%; y 69 no lo tenían, lo que hace el 97.2%.

En familiar con antecedente de depresión, para los pacientes con depresión fueron, madre con depresión y tío con esquizofrenia; y para los pacientes sin depresión fueron, padre con trastorno de ansiedad y tío con esquizofrenia. Por lo antes citado señalamos que la mayor proporción de pacientes no habían tenido antecedente familiar de depresión.

Peñuela M, y Col, en el año 2004 en Colombia antecedente familiar de depresión 41.6% ¹³.

Bendezú C, en el 2014, realizó un estudio en Lima-Perú, el 5% tuvo antecedentes personales ¹⁹.

La depresión puede afectar miembros de la misma familia, lo que sugiere una predisposición biológica. Los estudios de gemelos y de familias sugieren con claridad un componente genético tanto en la depresión grave como en los trastornos bipolares. Hay estudios que revelan que existe riesgo mayor de desarrollar depresión grave si el gemelo idéntico de la persona padece este trastorno (54%) que, si la padece el padre, el hermano o la hermana (16.6%). Los que tienen parientes con un diagnóstico bipolar, tienen de 1.5 a 3 veces más probabilidad para desarrollar depresión grave, que aquellas que no tienen ningún familiar con este diagnóstico. Los estudios de las familias también demuestran que mientras más joven sea la persona cuando ocurre la primera depresión, más probable es que sus parientes también experimenten periodos de depresión. Los estudios realizados con familias han mostrado que los padres, hermanos e hijos de pacientes deprimidos tienen un riesgo entre 10 a 15% de padecerla, en comparación con el 1 al 2% en la población general.

Tabla 12. Factores de riesgo asociados a Depresion Clinica, en pacientes de 20 a 50 años atendidos en consulta externa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018.

FACTOR DE RIESGO	FACTOR PRESENTE		ODDS RATIO	INTERVAL	
	DEPRESION N	NO DEPRESION N		O DE CONFIANZA	VALOR DE <i>p</i>
SEXO FEMENINO	57	46	2.21	1.03 – 4.74	0.02
OCUPACION ESTUDIANTE	23	12	2.4	1.06 – 5.21	0.017
ESTADO CIVIL SOLTERO	42	30	1.97	1.01 – 3.85	0.02
PROCEDENCIA RURAL	24	13	2.27	1.04 – 4.95	0.01
COMORBILIDAD	11	3	4.1	1.1 – 15.6	0.03
ANTECEDENTE PERSONAL DE DEPRESION	17	3	7.14	1.9 – 25.6	0.0003

Fuente: historias Clínicas

En la tabla 12, encontramos que los factores de riesgo asociados a depresion fueron los que a continuación se detallan.

Sexo femenino, con 17 pacientes con depresión y 46 sin depresión, presentando un OR de 2.21, un intervalo de confianza del 95% entre 1.03 y 4.74 y un valor de p de 0.02. Ocupación estudiante, con 23 pacientes con depresión y 12 sin depresión, con un OR de 2.4, un intervalo de confianza del 95% entre 1.06 y 5.21 y un valor de p de 0.017. Estado civil soltero, con 42 pacientes con depresión y 30 sin depresión, presentando un OR de 1.97, un intervalo de confianza del 95% entre 1.01 y 3.85 y un valor de p de 0.02. Procedencia rural, con 24 pacientes con depresión y 13 sin depresión, presentando un OR de 2.27, un intervalo de confianza del 95% entre 1.04 y 4.95 y un valor de p de 0.01. Comorbilidad, con 26 pacientes con depresión y 15 sin depresión, presentando un OR de 2.15, un intervalo de confianza del 95% entre 1.02 y 4.55 y un valor de p de 0.02. Antecedente personal de depresión, con 17 pacientes con depresión y 3 sin depresión, presentando un OR de 7.14, un intervalo de confianza del 95% entre 1.9 y 25.6 y un valor de p de 0.0003.

Abdulrahman A, y Col, en el 2017 realizaron un estudio en Buraidah, se observó mayormente en mujeres con OR: 2.36⁶

Moreno J y Col, en el 2017, en Zaragoza Las mujeres presentaron mayor frecuencia de depresión que los varones ($p=0.23$). Encontraron que los pacientes que no tenían pareja presentaron mayor frecuencia de depresión ($p=0.02$)⁷

Peñuela M, y Col, en el año 2004 en Colombia, menciona para el sexo femenino OR 1.19 IC (0.72-1.95) p de 0.4777, antecedente personal de depresión OR 107 IC (46.3-254) p 0.0000¹³

Bendezú C, en el 2014, realizó un estudio en Lima-Perú, Los factores asociados significativamente a la depresión fueron: el grado de instrucción ($p=0.040$); la ocupación ($p=0.021$), el nivel socioeconómico ($p=0.010$), antecedente de enfermedad mental ($p=0.0001$), enfermedad mental familiar ($p=0.0789$, antecedente de enfermedad cardiológica ($p=0.009$), presencia de comorbilidad ($p=0.037$)¹⁹.

Zevallos S, en el 2015 en Perú, en la Sierra Peruana urbana y rural, en los departamentos de Ancash, Ayacucho y Cajamarca, en los años 2003 y 2008. Sexo femenino F 17.3 p 0.000; primaria F 4.8 p 0.009; divorciado F 9.3 p 0.000²².

De acuerdo a nuestros hallazgos y las características epidemiológicas de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Carlos Monge Medrano diríamos que, los de sexo femenino tienen 2.21 veces más oportunidad de presentar depresión que los de sexo masculino; los estudiantes tienen 2.4 veces más oportunidad de presentar depresión que los de otra ocupación; los solteros tienen 1.97 veces más oportunidad de presentar depresión que los de otro estado civil; los de zona rural tienen 2.27 veces más oportunidad de presentar depresión que los de zona urbana; los pacientes con comorbilidad tienen 2.15 veces más oportunidad de presentar depresión que los pacientes sin comorbilidad; los que tuvieron antecedente personal de depresión tienen 7.14 veces más oportunidad de presentar depresión que los que no presentaron dicho antecedente.

Tabla 13. Factores protectores asociados a Depresion Clinica, en pacientesde 20 a 50 años atendidos en consulta externa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018.

FACTOR PROTECTOR	FACTOR PRESENTE		ODDS RATIO	INTERVAL VALOR DE p	
	DEPRESIO N	NO DEPRESIO N		CONFIANZA	VALOR DE p
SEXO					
MASCULINO	14	25	0.45	0.2 – 0.9	0.02
OCUPACION					
OBRERO	3	9	0.3	0.07 – 0.91	0.03
ESTADO					
CIVIL	26	40	0.46	0.23 – 0.91	0.01
CASADO					
PROCEDENCIA					
A URBANA	47	58	0.43	0.2 – 0.9	0.01
SIN					
MORBILIDAD	45	56	0.4	0.21 – 0.97	0.02
SIN					
ANTECEDENT					
E PERSONAL	54	68	0.14	0.03 – 0.5	0.0003
DE					
DEPRESION					

Fuente: historias Clínicas

En la tabla 13, encontramos que los factores protectores asociados a depresión fueron los que a continuación se detallan.

Sexo masculino, con 14 pacientes con depresión y 25 sin depresión, presentando un OR de 0.45, un intervalo de confianza del 95% entre 0.2 y 0.9 y un valor de p de 0.02; lo que nos indica que los pacientes de sexo masculino tienen menos oportunidad de presentar depresión que los pacientes de sexo femenino. Ocupación obrero, con 3 pacientes con depresión y 9 sin depresión, con un OR de 0.3, un intervalo de confianza del 95% entre 0.07 y 0.91 y un valor de p de 0.03; lo que evidencia que los pacientes de ocupación obrero tienen menos oportunidad de presentar depresión que los pacientes con otras ocupaciones. Estado civil casado, con 26 pacientes con depresión y 40 sin depresión, presentando un OR de 0.46, un intervalo de confianza del 95% entre 0.23 y 0.91 y un valor de p de 0.01; lo que nos indica que los pacientes casados tienen menos oportunidad de presentar depresión que los pacientes con otro estado civil. Procedencia urbana, con 47 pacientes con depresión y 58 sin depresión, presentando un OR de 0.43, un intervalo de confianza del 95% entre 0.2 y 0.9 y un valor de p de 0.01; lo que evidencia que los pacientes procedentes de zona urbana tienen menos oportunidad de presentar depresión que los pacientes de zona rural. Sin comorbilidad, con 45 pacientes con depresión y 56 sin depresión, presentando un OR de 0.4, un intervalo de confianza del 95% entre 0.21 y 0.97 y un valor de p de 0.02; lo que nos indica que los pacientes sin morbilidad tienen menos oportunidad de presentar depresión que los pacientes con morbilidad. Sin antecedente personal de depresión, con 54 pacientes con depresión y 68 sin depresión, presentando un OR de 0.14, un intervalo de confianza del 95% entre 0.03 y 0.5 y un valor de p de 0.0003; lo que nos indica que los pacientes sin antecedente personal de depresión tienen menos oportunidad de presentar depresión que los pacientes con dicho antecedente.

Tabla 14. Factores no asociados a Depresion Clinica, en pacientes de 20 a 50 años atendidos en consulta externa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018.

	ODDS RATIO	INTERVAL	VALOR DE <i>p</i>
FACTOR NO ASOCIADO		O DE CONFIANZA	
		A	
EDAD	NO SIGNIFICATIVO	CONTIENE LA UNIDAD	MAYOR A 0.05
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	NO SIGNIFICATIVO	CONTIENE LA UNIDAD	MAYOR A 0.05
NUMERO DE HIJOS	NO SIGNIFICATIVO	CONTIENE LA UNIDAD	MAYOR A 0.05
ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEPRESION	NO SIGNIFICATIVO	CONTIENE LA UNIDAD	MAYOR A 0.05

Fuente: historias Clínicas

En la tabla 14 se presenta los factores no asociados a depresion y dentro de ellos tenemos edad, nivel de instrucción, número de hijos, antecedente familiar de depresión, con un OR no significativo, intervalo de confianza que contiene a la unidad y valor de *p* mayor a 0.05.

V. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de depresión clínica en pacientes de 20 a 50 años de consulta externa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018 fue de 18.4%.

2. Los factores de riesgo asociados a la depresión clínica fueron sexo femenino, ocupación estudiante, estado civil soltero, procedencia rural, y comorbilidad de daños crónico degenerativos.

3. Los factores asociados como protectores de depresión clínica fueron sexo masculino, ocupación obrero, estado civil casado, procedencia urbana, sin comorbilidad de daños crónicos degenerativos y sin antecedente personal de depresión

VI. RECOMENDACIONES

1. La estrategia de salud mental del hospital debe desarrollar intervenciones de prevención de la depresión, tomando en cuenta los factores de riesgo identificados en el presente estudio
2. Se debe de dar una mayor importancia a los problemas de salud mental tomando en cuenta que la depresión es mas frecuente de lo que parece y va en aumento.
3. Implementar investigaciones analíticas sobre depresión, considerando otras variables que no han sido tratadas en nuestra investigación.
4. Se debe realizar investigaciones similares en otros hospitales de Puno para comparar los resultados en diferentes realidades.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cifras y datos. 2017. Disponible en: <http://bit.ly/2oYBFAv>
2. Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. España, 2011. Disponible en: <http://bit.ly/2z5MGQ8>
3. Organización Panamericana de la Salud. Who-aims: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y El Caribe. Organización Panamericana de la Salud, 2013. Disponible en: <http://bit.ly/2oYCnOb>
4. Ministerio de Salud. Salud mental comunitaria. Nuevo Modelo de atención. Boletín de gestión. Perú, 2016.
5. Anguiano S, Mora M, Reynoso L, Vega C. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. 2017; 14(1):24-38.
6. Abdulrahman A, Prevalence and factors associated with anxiety and depression among type 2 diabetes in Qassim: A descriptive cross-sectional study. Int J Health Sci (Qassim); 2017; 9 (2): 119-126
7. Moreno J, Martínez A, Crespo D, Arazo P. Factores asociados a ansiedad y depresión en pacientes VIH. Revista Multidisciplinar del Sida, 2017; 5(12):34-42.
8. Polikandrioti M, Goudevenos J, Michalis L, Koutelekos J, Kyristi H, Tzialas D, Elizaf M. Factores asociados con la depresión y la ansiedad de pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca. Hellenic J Cardiol 2015; 56: 26-35.

9. Meza M. Factores asociados a la depresión en el paciente con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familiar No 61. Tesis para obtener la Especialidad de Medicina Familiar. Universidad Veracruzana, México 2015
10. Ganasegeran K, Renganathan P, Manaf R, Radman S. Factors associated with anxiety and depression among type 2 diabetes outpatients in Malaysia: a descriptive cross-sectional sinGLE-centre study. *BMJ Open*. 2014; 4
11. Baca E, Aroca F. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*. 2014; 37(5): 373-380.
12. Costas M, Prado V, Crespo JM. Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol. *C. Med. Psicosom*, 2013; 107: 16-22.
13. Peñuela M, Baquero I, Amador C, Castillo E, Daza J. Factores de riesgo asociados a la depresión en pacientes de la consulta dermatológica en los hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte* 2004; 20-29. Disponible en: <http://www.redalyc.org/redalyc-seam/articulo.oa?id=81701804>.
14. Dorta L, Martes M, Villalba P, Fuentes P, Pérez A. Riesgo de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 según tiempo de evolución. Centro Diabetológico Aragua, Venezuela. 2011.. *Comunidad y Salud* 2014; 1233-38. Disponible en: <http://www.redalyc.org/redalyc-seam/articulo.oa?id=375740255006>.
15. Cadena L, Díaz L, Rueda G, Hernández N, Campo A. Prevalencia actual del trastorno depresivo mayor en Bucaramanga, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2010; 28(1): 36-41

16. Cancio VE, Cordero MC. Factores que influyen en la depresión en pacientes geriátricos de larga estancia. Trabajo académico para optar el título de Especialidad. Universidad Norbert Wiener Lima, Perú 2017
17. García R. Prevalencia de depresión en pacientes Hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna en un Hospital Nacional - febrero 2015. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú 2015.
18. Salazar C. Prevalencia de Ansiedad y Depresión en Pacientes Hospitalizados en los Servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima – Perú. Julio 2015 – Diciembre 2015. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Privada Ricardo Palma. Lima Perú 2015.
19. Bendezú C. Factores asociados a la prevalencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica Hospital Nacional Edgardo RebaGLiati Martins 2014. Tesis para optar el título de especialista. Universidad San Martín de Porres. Perú 2015.
20. Hernández S. Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Nacional de Trujillo. Perú 2014. (Consultado el 10 de octubre de 2018) desde: <http://bit.ly/2o51qeO>
21. Talledo R. Factores asociados a niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche, Arequipa Marzo-2013. [Tesis para el título de Médico Cirujano]. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Facultad de Medicina; 2013.

22. Zevallos S. Prevalencia de depresión en poblaciones andinas. *Anales de Salud Mental*. 2015; 31(2):9-22
23. Apaza G. Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en el centro de hemodiálisis del Hospital III Es Salud Puno, junio-agosto 2017. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Nacional del Altiplano. Puno – Perú 2017.
24. Vargas A. Niveles de estrés, depresión y ansiedad en relación al estado nutricional a gran altura en estudiantes universitarios del primer nivel de la facultad de medicina de la UNA – Puno 2016. tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Nacional del Altiplano. Puno – Perú 2018
25. López D. Depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca- 2016. Tesis para optar el título profesional de Psicóloga. Universidad Peruana Unión. Juliaca, Perú 2016.
26. Llerena B. Depresión y factores psicosociales asociados en la población urbana de la ciudad de Puno, de 15 a más años de edad, año 2005. Tesis para optar el título de Maestría en Ciencias sociales. Universidad Nacional del Altiplano. Puno Perú. 2007.
27. Ministerio de Salud. Guías de práctica Clínica en Salud Mental y Psiquiatría. Lima, Perú. 2008; pág. 13. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/04_Guias_Practica_Clinica_Salud_Mental_Psiquiatria.pdf

28. Zarragoita I. Depresión Generalidades y particularidades. La Habana: ECIMED. Cuba 2011.
29. National Institute of Mental Health (NIH). Las mujeres y la depresión Health. 2011. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/index.shtml>
30. Álvaro J, Garrido A, Schweiger I. Causas Sociales de la depresión. Revista internacional de Sociología. 2010; 68(2):333-348.
31. Campbell S, Palma M. Explicación Psicoanalítica de la Depresión. Disponible en: http://www.ehowenespanol.com/explicacion-psicoanlitica-depresion-hechos_130365/
32. Dahab J, Rivadeneira C, Minici A. La depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. Revista de terapia Cognitivo conductual. 2002; (3).
33. American Psychiatric Association. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fourth Edition. España: Masson. 2000.
34. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid-España: MEDICA Panamericana. 2000.
35. Instituto Nacional de Salud Mental. Depresión y enfermedad Cardíaca. 2009. Disponible en: http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresierta a Signoson/depresion_38791.pdf
36. Beck, A., Steer, R. Inventario de Depresión de Beck. Argentina. Paidós. 2006.

37. Garay J. Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tiene un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado. Tesis para optar el grado de Doctor. Universidad Iberoamericana. México. 2005
38. Weinberg, G. Psiconeuroinmunoendocrinología de la depresión. 2000. Disponible en: https://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa32/conferencias/32_ci_d.htm.
39. Calderón G. Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general. México: Trillas. 1999
40. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases Neuroquímicas de la depresión. Departamento de Fisiología. Facultad de Medicina. UNAM
41. Sailor. Falsa depresión o déficit de neurotransmisores. 2012. Disponible en: <http://conmigo8.blogspot.pe/2012/06/causas-depresion-deficit.html>
42. Keefer A. La progesterona baja y la depresión. 2013. Disponible en: http://www.ehowenespanol.com/progesterona-depresion-info_116013/
43. Zúñiga A, Sandoval, M, Juárez N, Villaseñor S. Los trastornos del estado del ánimo. Revista Digital Universitaria, 2005; 6(11):1067-6079.

44. Diaz C, Díaz M, Linares S, Robinson A. Prevalencia de Trastornos Depresivos en la Población de estudiantes de último de la carrera de medicina de la Universidad latina de Panamá. Universidad Latina de Panamá, Panamá. 2013. Disponible en: <http://fcms.ulat.ac.pa/es/investigaciones/Depresion%20Estudiantes%20Graduados.pdf>.
45. Gemma M. Depresión: Factores biológicos. 2011. Disponible en <http://www.onmeda.es/enfermedades/depresion-causas-factores-biologicos-1538-4.html>.
46. Matud M, Gerrero K., Matías R. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en la depresión. *Internacional Journal of Clinical and health Psychology*. Asociación Española de Psicología Conductual. Granada España. 2006; 7(21).
47. Gaviria A. Silvia L. ¿Por qué las mujeres se deprimen más que nos hombres? *Revista colombiana de Psiquiatría*. 2009; 38(2):316-324.
48. Caballo V. *Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos*. España: Pirámide. 2006.
49. Travé A., Reneses A. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. *del sistema Nacional de salud*. 2002; 26(1).

VIII ANEXOS

8.1. ANEXO A

8.1.1. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION CLINICA EN
PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA EN EL AÑO 2018

NOMBRE:..... H.C. No.....

1. DEPRESION CLINICA:

SI ()

NO ()

2. EDAD.....AÑOS

3. SEXO

MASCULINO ()

FEMENINO ()

4. OCUPACION:

DESEMPLEADO ()

ESTUDIANTE ()

OBRERO ()

EMPLEADO ()

OTRO.....

5. NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

NINGUNO ()

PRIMARIA ()

SECUNDARIA ()

SUPERIOR TECNICA ()

SUPERIOR UNIVERSITARIA ()

6. ESTADO CIVIL:

SOLTERO ()

CASADO ()

CONVIVIENTE ()

SEPARADO ()

VIUDO ()

7. PROCEDENCIA:

URBANO ()

RURAL ()

8. NUMERO DE HIJOS.....

9. COMORBILIDAD:

SI () CUAL.....

NO ()

10. ANTECEDENTE DE DEPRESION:

SI ()

NO ()

11. ENFERMEDAD MENTAL FAMILIAR:

SI () QUE FAMILIAR.....

NO ()