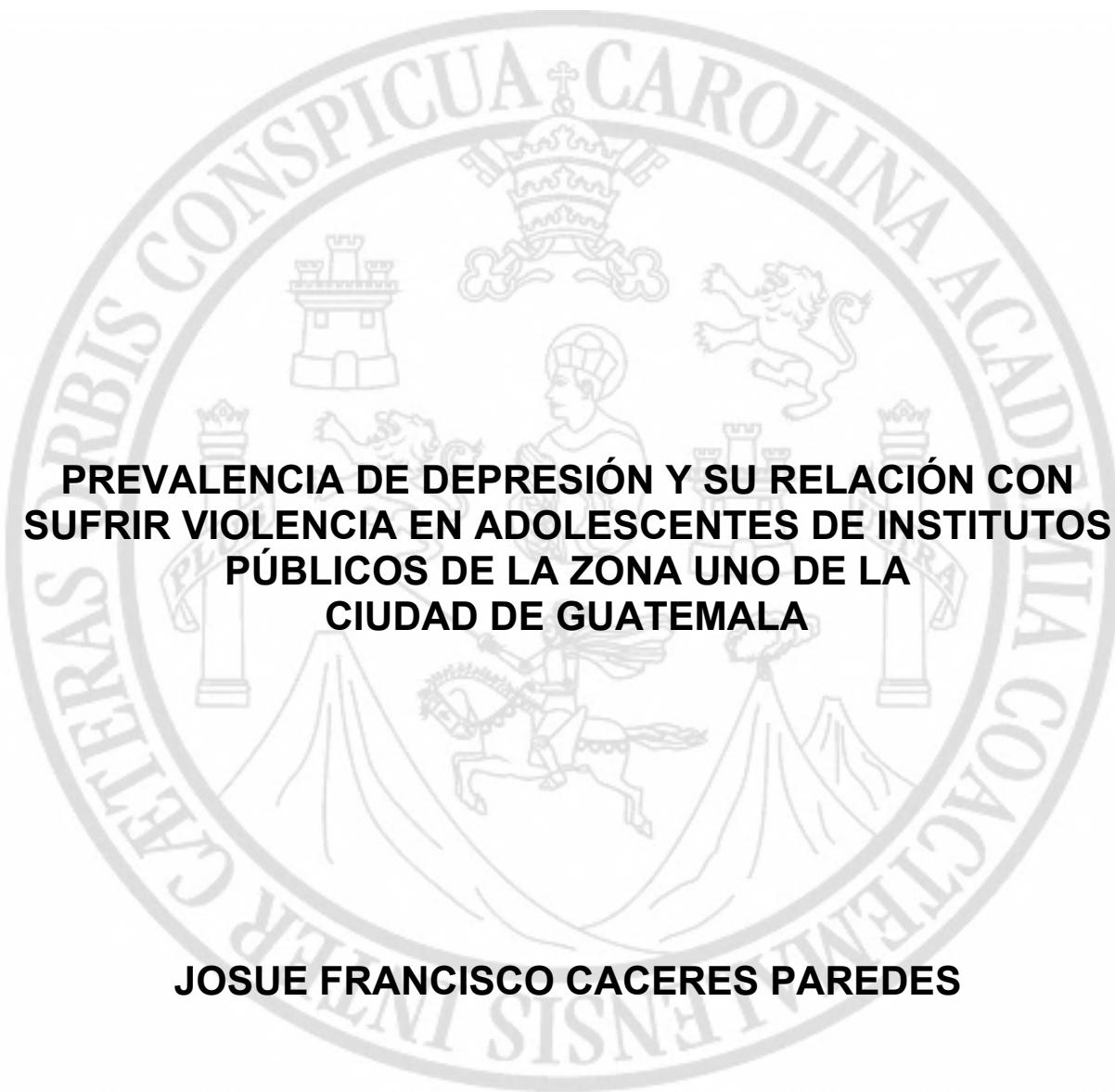


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



JOSUE FRANCISCO CACERES PAREDES

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría

Marzo 2022



Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

ME.OI.138.2022

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Josue Francisco Caceres Paredes

Registro Académico No.: 201890515

No. de Pasaporte: F329406

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Psiquiatría**, el trabajo de TESIS **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON SUFRIR VIOLENCIA EN ADOLESCENTES DE INSTITUTOS PÚBLICOS DE LA ZONA UNO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA**

Que fue asesorado por: Dr. Miguel Alejandro De León, MSc.

Y revisado por: Dr. Edgar Rolando Vásquez Trujillo, MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **Marzo 2022**

Guatemala, 26 de Octubre de 2021.

OCTUBRE 29, 2021
Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. José Arnoldo Saenz Morales, MA.
Coordinador General de
Maestrías y Especialidades

/dlsr

Guatemala, 13 de octubre del 2020

Dr. Edgar Rolando Vásquez Trujillo
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con especialidad en psiquiatría
Hospital de salud mental "Dr. Federico Mora"
Presente

Respetable Dr.:

Por este medio, informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presentan el doctor **JOSUE FRANCISCO CACERES PAREDES**, Carné No.201890515 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría el cual se titula: **"PREVALENCIA DE DEPRESION Y SU RELACION SUFRIR VIOLENCIA EN ADOLESCENTES DE INSTITUTOS PÚBLICOS DE LA ZONA UNO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA"**.

Luego de la asesoría, hago constar que el Dr. Cáceres Paredes ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Miguel Alejandro de León
Colegiado 6,794
Jefe Departamento Psiquiatría Forense A.L.P
Hospital de Salud Mental "Dr. Federico Mora"
Miguel Alejandro de León
Dr. Miguel Alejandro De León MSc.
Asesor de Tesis

Guatemala, 19 de octubre de 2020

Dr. José Arnoldo Sáenz Morales MSc.
Coordinador General Programas de Maestrías y Especialidades
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Respetable Dr.:

Por este medio, informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta el doctor **JOSUE FRANCISCO CACERES PAREDES**, Carné No.201890515 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría el cual se titula: **"PREVALENCIA DE DEPRESION Y SU RELACION CON SUFRIR VIOLENCIA EN ADOLESCENTES DE INSTITUTOS PÚBLICOS DE LA ZONA UNO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA"**.

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. Cáceres Paredes, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

DR. EDGAR ROLANDO VASQUEZ TRUJILLO

MEDICO PSIQUIATRA

Collegiado No. 6977

Dr. Edgar Rolando Vásquez Trujillo MSc.
Revisor de Tesis

DICTAMEN.UIT.EEP.378-2020
30 de octubre de 2020

Doctor

Edgar Rolando Vásquez Trujillo, MSc.

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría

Hospital de Salud Mental

Doctor Vásquez Trujillo:

Para su conocimiento y efecto correspondiente le informo que se revisó el informe final del médico residente:

Josue Francisco Caceres Paredes

De la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, registro académico 201890515. Por lo cual se determina Autorizar solicitud de examen privado, con el tema de investigación:

“Prevalencia de depresión y su relación con sufrir violencia en adolescentes de institutos públicos de la zona uno de la ciudad de Guatemala”

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.
Unidad de Investigación de Tesis
Escuela de Estudios de Postgrado

c.c. Archivo
LARC/karin

INDICE

1. Introducción -----	1
2. Antecedentes -----	3
3. Objetivos -----	28
4. Material y Metodos -----	29
4.1 Tipo de investigación -----	29
4.2 Diseño de investigación -----	29
4.3 Unidad de análisis -----	29
4.4 Universo y muestra -----	30
4.5 Identificación de variables -----	32
4.6 Técnicas utilizadas en la recolección de datos -----	40
4.7 Aspectos éticos de la investigación -----	41
V. Resultados -----	42
VI. Discusión -----	46
6.1. Conclusiones -----	49
6.2. Recomendaciones -----	50
VII. Referencias bibliográficas -----	51
VIII. Anexos -----	56

INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 Caracteristicas demograficas de los adolescentes	42
Tabla No. 2 Prevalencia de depresión y clasificacion según severidad	43
Tabla No. 3 Incidencia de violencia en los adolescentes	43
Tabla No. 4 Incidencia de violencia según sexo en los adolescentes	44
Tabla No. 5 Relación entre depresión y violencia en los adolescentes	45
Tabla No. 6 Relación entre violencia y severidad de la depresión	45

RESUMEN

EL OBJETIVO: del estudio fue determinar la prevalencia de depresión y la correlación con el sufrir violencia en adolescentes de institutos públicos de la zona uno de la ciudad de Guatemala entre los meses de junio y agosto el 2019.

POBLACIÓN Y METODOS: Es un estudio no experimental, descriptivo, transversal y analítico, realizado en 354 adolescentes de institutos públicos de la zona 1 de la ciudad de Guatemala en el año 2019. **RESULTADOS:** El 40.1% de los adolescentes presentaban un episodio depresivo según escala aplicada. Se determinó que el 18.4% presentaba un episodio depresivo leve, 15.5% moderado y 6.2% severo. En relación a la violencia el 29.7% afirmó ser víctima de violencia. El 61.0% sufría violencia psicológica, 24.8% violencia física, 12.4% violencia sexual y el 1.9% otros tipos de violencia. De las victimas de violencia el 52.4% la sufría por parte de familiares, el 27.6% de compañeros, 12.4% de amigos, 5.7% de vecinos y 1.9% de maestros. Con relación a los que se encontraban deprimidos 63.9% también era víctima de violencia y 42.8 de los adolescentes que sufrían violencia presentaban un episodio depresivo moderado o severo **CONCLUSION:** La prevalencia de depresión en adolescentes de institutos públicos de la zona 1 de la ciudad de Guatemala es de 40.1%, la prevalencia de violencia fue del 29.7%. El 63.9% de los adolescentes que presentaron depresión también sufría de algún tipo de violencia encontrándose un mayor riesgo de desarrollo de depresión entre los adolescentes que son víctimas de violencia.

PALABRAS CLAVE: Depresión, Adolescentes, violencia

I. INTRODUCCIÓN

La depresión mayor representa un importante problema de salud mental, ya que se ha estimado para el presente año 2020 como la segunda causa de patología en el mundo, representando el 3.4 % de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados por discapacidad, después de la enfermedad isquémica cardíaca.¹

También se ha llegado a afirmar que la depresión es la condición crónica más común, después de la hipertensión, en la práctica médica general. Además se considera que es un problema de gran importancia para la salud pública por sus múltiples consecuencias, entre las cuales se encuentran: el incremento de la mortalidad, el aumento de la tasa de suicidio y de homicidios, el incremento de los comportamientos agresivos y del consumo de drogas, la disminución de la actividad productiva y el aumento de los costos al utilizar los servicios de salud.²

La depresión afecta al 4.4% de la población mundial y al 3.7% en el caso específico de la población guatemalteca, pero otros países de Latinoamérica presentan tasas más altas como en el caso de: Brasil 5,8% teniendo la tasa más alta en la región; seguido de Cuba 5,5%. Chile y Uruguay tienen el 5%; Perú, 4,8%; Colombia, Costa Rica y República Dominicana tienen 4,7%. Le siguen, El Salvador y Panamá con 4,4%; México, Nicaragua y Honduras con 4,2%; lo cual la convierte en la primera causa de discapacidad a nivel mundial con un alarmante ascenso del 15% de los casos en la última década y continuando con una clara tendencia al aumento acelerado.³

Ahora bien, desde la perspectiva del adolescente, esta etapa de vida presenta cambios difíciles que les producen ansiedad, confusión, desorientación y hasta ideas de suicidio, sumado a ello la ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar, hacen que sea disfuncional y

existen oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de estos eventos vitales volviéndolos más vulnerables al desarrollo de depresión.³

Las personas que sufren depresión durante la adolescencia y que tienden a desarrollar problemas psiquiátricos durante su adultez temprana se han caracterizado como jóvenes que presentan episodios depresivos más severos, es decir, de mayor duración, con múltiples episodios, mayor número de síntomas e historia de intentos de suicidio. Además, se ha encontrado que los casos en los que no se diagnosticaron ni trataron síntomas depresivos en la adolescencia tienen una mayor probabilidad de presentar en la adultez temprana un elevado índice de depresión, funcionamiento psicológico y social adverso, y abuso de substancias. La violencia intrafamiliar, el sexo femenino, entre otros, son factores con los que frecuentemente se relacionan con la patología.⁴

Algunos estudios realizados en Latinoamérica han revelado que hasta el 32,7% de adolescentes con diagnóstico de síndrome depresivo había recibido castigos físicos de sus padres durante la adolescencia demostrando además que la depresión se vinculó a los bajos ingresos. Otro estudio evidenció una asociación entre la violencia física, psicológica y el abuso sexual con episodios depresivos de tipo leve en hasta un 37,8%, con episodio depresivo moderado en un 19% y en los episodios graves en un 23,6%.⁵

Fundamentado en lo anterior y considerando además que contamos con pocos estudios en el país sobre el alcance, los condicionantes y las consecuencias de enfermedades psiquiátricas y mucho menos en grupos tan vulnerables como los adolescentes se considera importante conocer la situación actual de la depresión en adolescentes y la relación entre su desarrollo y el haber sufrido de violencia.⁵

II. ANTECEDENTES

2.1 Adolescencia

De acuerdo a la Organización mundial de la salud la adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y 19 años de edad, que se caracteriza por cambios físicos, psicosociales y cognoscitivos; se considera la transición de la niñez a la juventud. Cada adolescente es único e irrepetible, pero con ciertos patrones que distinguen a los individuos de su grupo de edad. De los 19 a los 24 años se considera adolescencia tardía.⁶

También se puede definir a la adolescencia como un periodo de cambios anatómicos, fisiológicos y sociales; también, es una fase de transición y de profundas alteraciones, caracterizadas principalmente por el crecimiento rápido, la aparición de las características sexuales secundarias, la conciencia de la sexualidad, la formación de la personalidad, la adaptación ambiental y la integración social. Es la fase del descubrimiento del cuerpo, de la sexualidad y de los conflictos intrínsecos; es el periodo en el cual se consolida la personalidad bajo la influencia del medio.⁷

Factores biológicos

El crecimiento y desarrollo de los adolescentes comienza en la pubertad, cuando ocurren los cambios biológicos, cognitivos y psicoemocionales. Exceptuando el periodo pre y postnatal, los años de la adolescencia se caracterizan por ser la etapa más rápida de crecimiento del desarrollo humano. Durante la pubertad, se experimentan cambios importantes, como son el crecimiento físico, el aumento de peso y la manifestación de las características sexuales secundarias.⁸

La pubertad es diferente en varones y mujeres; en las adolescentes se inicia a una edad más temprana y tiene una duración menor que la de los adolescentes varones. En las mujeres, la pubertad se caracteriza por un aumento de la secreción hormonal, lo que provoca un crecimiento rápido, aumento del pecho y

las caderas, desarrollo de los genitales, aparición de vello púbico y axilar y la aparición de la menarquia o primera menstruación.⁹

En promedio, la menarquia ocurre entre los 9 y 11 años de edad, y el tiempo promedio para que la pubertad se complete es de 4 años. En los varones, la pubertad se caracteriza por el estirón del crecimiento, aumento del tamaño testicular, aparición del vello público y facial, engrosamiento de la voz y espermarquia o primera emisión de esperma.⁹

Factores cognitivos

El proceso del desarrollo cognitivo, según la teoría cognitiva de Piaget (1969), va asociado con el desarrollo del pensamiento operacional formal que incluye un aumento en la capacidad de razonamiento abstracto, pensamiento hipotético y lógica formal. Esto tiene como consecuencia el que los adolescentes tengan una mayor capacidad de razonar de forma abstracta, que entiendan el contexto social de las conductas, piensen en las alternativas y en las consecuencias que conlleva la toma de decisiones, evalúen la credibilidad de la información, consideren las implicaciones futuras de las acciones y controlen sus impulsos. Estas habilidades cognitivas evolucionan con el tiempo, y no aparecen en un momento predeterminado. Los cambios cognitivos que se dan durante la pubertad hacen que los jóvenes puedan pasar del pensamiento concreto a pensamientos y conductas más abstractas.¹⁰

Durante esta etapa de pensamiento concreto, los adolescentes se preocupan de sí mismos y manifiestan una conducta egocéntrica. Los adolescentes tienden a creer que son siempre el centro de atención, y tienen una “audiencia imaginaria”. Los jóvenes tienden a soñar despiertos o a fantasear, y establecen metas no realistas sobre su futuro. El interés en sí mismos y la conducta introspectiva son comunes, y los adolescentes tienden a pasar más tiempo solos. Con frecuencia los jóvenes creen que sus problemas son únicos y que no tienen solución y por lo tanto nadie puede comprenderlos. Durante este periodo, las personas jóvenes experimentan con roles y fantasías con el fin de desarrollar su identidad, la cual

incluye su propio concepto sobre sexualidad, identidad de género y orientación sexual.¹¹

Otros Factores

La adolescencia ha sido un periodo relativamente descuidado en la investigación sobre salud, tal vez debido a que las tasas de morbilidad y mortalidad son muy bajas en comparación con otras etapas de desarrollo. Sin embargo, la adolescencia sería un período fundamental con respecto a la salud, puesto que la forma en que se lleva a cabo la transición de la niñez a la adolescencia y a la adultez joven tendría importantes implicaciones para el desarrollo de las conductas de salud y el inicio de diversos problemas de salud que pueden afectar al individuo a través del resto de la vida.¹²

Durante los últimos años ha aumentado el interés por conocer las posibles relaciones entre las quejas de salud o síntomas que presentan los adolescentes y diversas variables psicosociales. Algunas de las variables que parecen tener influencia en las quejas de salud más comunes en la adolescencia son el estrés y las formas de afrontarlo, el estado de ánimo y el apoyo social.¹²

Dada la magnitud de tales cambios y la todavía escasa experiencia vital de los adolescentes, muchos eventos vitales pueden adquirir un carácter estresante y tener diversos efectos psicológicos. Sin embargo, la acumulación de eventos estresantes y la dificultad para afrontarlos adecuadamente se manifiesta tanto en problemas emocionales o conductuales, así como en afectación de la salud física del adolescente.¹²

2.2 La Depresión

El trastorno depresivo ha sido conceptualizado a través de diferentes perspectivas, las cuales involucran desde aspectos médicos hasta socioculturales y conductuales. Desde el enfoque cognitivo, Beck (1972) define la depresión como una serie de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro; mismas

que conllevan a una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información.¹

Entre tales deformaciones se encuentran la sobre-generalización, el pensamiento dicotómico, las inferencias arbitrarias, la abstracción selectiva y la personalización. De esta manera, señala Beck, las emociones y conducta típicas de la depresión están determinadas por la forma en que el depresivo percibe la realidad.¹

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día. Además de la discapacidad directa producida por el conjunto de síntomas característicos de los padecimientos mentales, existe una importante estigmatización que lleva a la discriminación de los enfermos y sus familias, provocando un sufrimiento adicional al que produce la enfermedad misma.¹³

Manifestaciones clínicas

La Depresión Mayor se caracteriza por episodios en los que las emociones y pensamientos negativos coexisten con déficit cognitivo y alteraciones en el apetito, la libido y el sueño. El instrumento de diagnóstico preferido en los Estados Unidos y en la mayoría de países latinoamericanos es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). El manual incluye los siguientes síntomas: sentimientos de tristeza, desesperanza, inutilidad y culpa; baja autoestima; pensamientos negativos centrados en el suicidio; déficit cognitivo afectando la motivación, la atención selectiva, la memoria episódica y de trabajo y una menor capacidad de pensamientos reflexivos; irritabilidad, disforia y anhedonia. Los síntomas neurovegetativos incluyen menor o mayor apetito, fatiga

y alteraciones del ciclo vigilia-sueño. El diagnóstico se establece cuando al menos cinco de los anteriores síntomas coexisten y persisten por lo menos durante dos semanas.¹⁴

Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.⁴

A partir del 2013 se reconoce la comorbilidad con la ansiedad. En cualquier caso, el diagnóstico sigue siendo subjetivo dificultando el estudio de la etiología, la fisiopatología y el tratamiento de la depresión. Sin embargo, los avances en las neurociencias eventualmente permitirán reformular desde bases más científicas, la nosología y etiología de los trastornos depresivos.¹⁵

Con las evidencias disponibles se puede afirmar que una escasa proporción de personas recurre a los servicios de salud por problemas de depresión, solicitando ayuda principalmente a familiares y amigos. Las razones de la “no búsqueda” tienen que ver con el desconocimiento del tratamiento especializado, con prejuicios, con el desconocimiento del lugar en donde solicitar la ayuda y con el estigma social relacionado con los trastornos mentales, debe también de tomarse en cuenta que es común que las personas con trastornos afectivos consulten con médicos generales de manera temprana y que esta demanda no sea atendida de forma eficaz por carencia de capacitación de estos médicos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos mentales. Por lo que podría considerarse que no contamos con datos fidedignos de la prevalencia real de este problema de salud pública.¹³

Epidemiología

Cabe señalar que la carga de los trastornos mentales en el mundo es alta representando el 13% del total de la carga de enfermedades calculada por años de vida ajustados por discapacidad mientras la carga relativa de las enfermedades mentales es creciente como lo demuestra el trastorno depresivo mayor el cual se proyecta que pase del cuarto lugar en causas de discapacidad por años de vida a ser el segundo lugar en el año 2020 mostrando un ascenso progresivo en la cuantía de la carga psiquiátrica.⁹

La importancia de la carga no solo estriba en la depresión unipolar, sino que se extiende a otros trastornos: En efecto, 4 de los 10 trastornos que generan más años de vida vividos con discapacidad están bajo la responsabilidad directa del campo de la Salud Mental. Pero la depresión representa el 11.9% de la carga de enfermedades mentales lo que representa el primer lugar de las mismas.⁹

Si las estadísticas precedentes no inquietaran, por ser muy conocidas, si podría resultar inquietante que 450 millones de personas en el mundo están afectadas por trastornos mentales. De ese total 150 millones padecen depresión, 25 millones están afectadas por esquizofrenia, 38 millones sufren de epilepsia, 90 millones tienen trastornos relacionados con el consumo de alcohol o de drogas. Esto equivale a la suma de las poblaciones de Argentina, Brasil, Chile, México, Ecuador, América Central, el Caribe de habla inglesa. ¡Y la lista no concluye aún! Por otra parte, casi un millón de personas se suicida cada año.⁹

A los 12 meses del trastorno depresivo mayor en Estados Unidos, corresponde al 7% aproximadamente. De modo que los individuos de 18 a 29 años son tres veces mayor que la prevalencia en los pacientes mayores de 60 años. Las mujeres presentan tasas que llegan a ser 1.5 a 3 veces mayores que las de los hombres.

8

América Latina y el Caribe no escapan a esta pandemia mundial donde se considera que el 31.10 millones de personas padecen de depresión muy por encima del resto de enfermedades mentales como la ansiedad generalizada con

8.8 millones o Trastorno afectivo bipolar con 4.7 millones. Se podría señalar que gracias a los hallazgos de la investigación contamos hoy día con las tecnologías necesarias para hacer frente a una pandemia de magnitud tan severa como la descrita. Ciertamente se dispone de tecnologías efectivas (aunque no con tanta efectividad como la asignada por la opinión optimista de la industria farmacéutica). Pero, en todo caso, tales tecnologías no llegan a las personas necesitadas que, privadas de este beneficio, son víctimas de la enfermedad mental no tratada, su discapacidad no tiene alivio, su expectativa de vida se acorta, sus familias y las comunidades donde viven ven sus vidas alteradas, al tiempo que el círculo de enfermedad y pobreza se perpetúa indefectiblemente.⁹

Existe una brecha evidente en la atención. Numerosos estudios epidemiológicos en diferentes partes del mundo, entre ellas en América Latina y el Caribe han revelado la prevalencia verdadera de los más importantes trastornos mentales y la tasa de prevalencia tratada.⁹

Resulta imposible quedar indiferente ante el hecho que en ausencia de asistencia por el sistema de servicios de salud, la mayor parte de la carga psiquiátrica recae sobre los usuarios, las familias y algunos agentes comunitarios ajenos al sector salud. Es un hecho patente que la participación del sector salud en la provisión de servicios adecuados en salud mental es aún minoritaria. Si a esta situación se agrega que de los pocos que tienen acceso al tratamiento muchos reciben asistencia de mala calidad y que con frecuencia sus derechos humanos y ciudadanos son violados y son víctimas de la discriminación que rodea la enfermedad mental, completaríamos un panorama abrumador.⁹

Neurobiología de la depresión mayor

La hipótesis monoaminérgica es el marco conceptual predominante que aborda la fisiopatología de la Depresión y establece que el síndrome se origina por la menor disponibilidad de monoaminas en el cerebro, principalmente de serotonina (5-HT) y noradrenalina (NA). La hipótesis originalmente se basa en que la mayoría

de los fármacos antidepresivos aumentan el nivel cerebral de 5-HT y NA mediante la inhibición de su recaptura o de su degradación enzimática. Estudios recientes aportan mayor sustento a la hipótesis. Por ejemplo, imágenes con PET revelan que los pacientes con Depresión mayor muestran mayor expresión de la monoamino-oxidasa A (MAO-A) en la Corteza Pre Frontal, la corteza temporal, el hipocampo, el tálamo, el núcleo accumbens (NAc) y el mesencéfalo. Este hallazgo hace suponer que la mayor tasa de degradación de 5-HT y NA es uno de los mecanismos fisiopatológicos que atenúa la transmisión monoaminérgica. Por su parte, el polimorfismo en el gen de la hTPH2 sugiere que el déficit serotoninérgico reside en la síntesis de 5-HT, ya que el correspondiente cambio de aminoácido resulta en la pérdida del 80% de la función enzimática.¹⁴

Una evidencia clínica que apoya la hipótesis monoaminérgica proviene de estudios en pacientes sometidos al protocolo de depleción del triptófano (Trp) cerebral. Una predicción del paradigma es que la depleción facilita la recaída depresiva sólo en aquellos pacientes que respondieron al tratamiento con los inhibidores selectivos de la recaptura de 5-HT (SSRIs).¹⁴

Es limitado el número de estudios cuando se reduce el nivel cerebral de NA y dopamina, sin embargo los datos apuntan en la misma dirección que en la depleción del Triptófano. Una evidencia a favor del componente noradrenérgico proviene de estudios post-mortem en donde se midió la unión de un ligando del transportador de NA en el locus coeruleus (LC). En una muestra de pacientes con DM se encontró una menor densidad del transportador respecto a los sujetos control. Se postula que este cambio es resultado de la menor biodisponibilidad de la NA en la sinapsis, lo que es plausible considerando que la mayor expresión de la MAO-A en el mesencéfalo³⁹ estaría incrementando la degradación enzimática de la NA.¹⁴

La hipótesis neurotrófica. Esta hipótesis propone que la Depresión Mayor también se debe a la atrofia neuronal producto de la menor expresión del factor de crecimiento derivado del cerebro (BDNF). También propone que el estrés crónico disgregula al eje HPA propiciando la exposición sostenida del tejido nervioso al

cortisol y, con ello, la inhibición de la expresión del BDNF. Estudios post-morten aportan evidencia del mecanismo neurotrófico, pues se ha observado una menor expresión del BDNF y de su receptor TrkB en el hipocampo y la CPF de pacientes con DM, respecto a individuos sin padecimiento psiquiátrico al momento del deceso. El resto de la evidencia proviene de estudios en roedores sometidos a estrés crónico. Un efecto común de los paradigmas de estrés es la menor expresión del BDNF y de su receptor TrkB en el hipocampo, mientras que la administración crónica de antidepresivos revierte el efecto del estrés sobre ambas proteínas. Además, los antidepresivos reducen el daño inducido por el estrés sobre la arborización dendrítica de las neuronas piramidales del hipocampo y estimulan la neurogénesis.¹⁴

Sistema de clasificación de la depresión

Las actuales clasificaciones de la depresión utilizan un enfoque taxonómico para diferenciar los subtipos de la depresión, basados en un conjunto de síntomas, empleando tanto criterios de inclusión como de exclusión. Actualmente, el principal sistema para la clasificación de desórdenes afectivos en los adolescentes, niños y adultos es el Manual Estadístico y de Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM-V), su amplia aceptación profesional de la taxonomía ha brindado un criterio formal común para el diagnóstico de la depresión en adolescentes. Otro sistema de clasificación es el Research Diagnostic Criteria (RDC) sugerido por Spitzer, Endicott y Robins (1978). Mientras que el RDC es semejante al criterio del DSM, sin embargo existen diferencias fundamentales. El RDC brinda una mayor especificación de los distintos subtipos de la depresión y ha sido diseñado principalmente para estudios de investigación. El RDC es evaluado por una entrevista de diagnóstico clínico formal del Programa para Desórdenes Afectivos y Esquizofrenia (SADS) (Endicott & Spitzer, 1978). También es usado pero con menor frecuencia el Criterio Weinberg (Weinberg, Rutman, Sullivan, Penick, & Dietz, 1973), primer sistema formal de clasificación de los desórdenes depresivos específico para niños y adolescentes.⁴

De acuerdo con las definiciones del DSM, los desórdenes depresivos se ubican en la categoría de desórdenes afectivos. Estos desórdenes incluyen depresión mayor, desórdenes bipolares, ciclotípicos y distípicos. Los desórdenes son diferenciados por un conglomerado de síntomas, edad de inicio y duración del síntoma. Un punto importante para el estudio de la depresión en los adolescentes es la distinción entre los desórdenes distípicos y la depresión mayor. El primero es el menos severo en términos de síntomas de estrés, pero típicamente es de mayor duración que la depresión mayor y puede ser especialmente de mayor relevancia para el estudio de la depresión en las poblaciones de adolescentes escolares.⁴

Depresión en adolescentes

Durante un largo periodo de tiempo, la comunidad científica sostuvo que la depresión infantil no existía. Pero en las últimas décadas comenzaron a aparecer estudios relacionados con esta temática, mostrando que la depresión en niños y adolescentes a menudo persiste, recurre y se prolonga en la adultez, especialmente si no se recibe tratamiento.¹⁵

Algunas de las ideas acerca de la depresión infantil, parten del modelo Cognitivo de la Depresión, propuesto por Beck en 1967, apoyando la hipótesis de la implicación que tiene la distorsión cognitiva. No obstante, el actual concepto de depresión en el niño, se orienta hacia su estudio desde el punto de vista de la psicopatología del desarrollo.¹⁵

De cualquier modo, en la comunidad científica se ha logrado el consenso sobre la existencia de la depresión en etapas tempranas de la vida; pero, precisamente porque este acuerdo ha sido tan reciente, existen aún puntos débiles con respecto a su evaluación.¹⁵

La depresión en la adolescencia ha sido objeto de creciente interés en las últimas décadas, más aún, dicho trastorno ha sido asociado con una serie de factores

mediante los cuales se pretende explicar. Por ejemplo, se ha encontrado que los desajustes emocionales del adolescente son, en gran medida, el resultado de contradicciones familiares.¹

Según la clasificación diagnóstica del manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM-V), los criterios de un trastorno depresivo son muy parecidos en niños, adolescentes y adultos. Las diferencias que se encuentran se deben a la intensidad de los síntomas y las consecuencias del trastorno. Algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son más frecuentes durante la adolescencia. En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, por déficit de atención, de ansiedad, relacionados con sustancias, y de la conducta alimentaria.²

El Manual Estadístico y de Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM-IV) considera la misma sintomatología en el denominado episodio depresivo mayor, al cual describe como un período de al menos dos semanas en el que se da un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes este estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste.⁴

Desde la perspectiva del adolescente, esta etapa presenta cambios difíciles que les producen ansiedad, confusión, desorientación y hasta ideas de suicidio. Según algunas investigaciones se ha encontrado que la presencia de factores asociados a la depresión adulta que también se cumplen en los adolescentes. Pero también se comenta que, a inicios de la adolescencia los posibles síntomas de depresión se enmascaran a través de otros síntomas psicológicos como la fatiga persistente, inquietud, preocupaciones por el cuerpo, búsqueda ansiosa de compañía o de aislamiento y comportamiento teatral y es en la etapa final de la adolescencia que la depresión puede manifestarse a través de la sintomatología adulta o formas indirectas como el consumo de droga, promiscuidad sexual y los intentos suicidas.¹⁶

Los jóvenes son uno de los grupos etarios que presentan mayor probabilidad de sufrir una depresión, dada la etapa de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos, que demanda en ellos el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía, éxito individual y social. Se considera que los criterios del trastorno depresivo son parecidos entre niños, adolescentes y adultos, de acuerdo al DSM, sólo que en los adolescentes el síntoma característico es el notable cambio de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o problemas de conducta. Las teorías explicativas actuales son de carácter multifactoriales e integran los modelos unifactoriales que se han postulado hasta la fecha surgiendo la interacción básica entre dos tipos de factores, los de carácter predisponentes (factores genéticos, temperamentales y experienciales tempranos) y de carácter precipitantes o desencadenantes (biológicos, socioculturales, familiares y/o acontecimientos vitales). Históricamente se han diferenciado factores explicativos genéticos, biológicos y psicológicos, pero últimamente se pone énfasis en la forma como la familia interacciona. Los niveles de cohesión y adaptabilidad que el adolescente perciba en su hogar son decisivos para tener un adecuado desarrollo emocional, en las familias con reglas muy flexibles y con poco control, o muy rígidas y severas en la disciplina, forman adolescentes con baja autoestima, inseguros e inmaduros para asumir responsabilidades, por lo cual suelen ser propensos a desencadenar un cuadro depresivo. ¹⁶

Manifestaciones Clínicas

En cuanto a las manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos en la adolescencia, en ocasiones se destacan algunos síntomas que aparecen desde la infancia y se recrudecen después de la pubertad. El síntoma característico de la depresión es el cambio notable en el estado de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o por problemas de conducta. En los cuadros

depresivos de los escolares mayores y los adolescentes menores hay cambios graduales. Los escolares mayores tienden a somatizar más sus quejas, a presentar mayor agitación psicomotora y, en ocasiones, alucinaciones. La apariencia depresiva en estas edades no es el único criterio a tener en cuenta, es necesario atender los reportes de los adolescentes acerca de una mayor incidencia de síntomas de desesperanza y falta de capacidad para disfrutar lo que hacen. Además, es necesario fijarse otras referencias como la necesidad de dormir más, cambios en el peso corporal, presencia de ideas acerca de la muerte e ideación suicida.²

En los adolescentes mayores, es muy frecuente que se presenten somatizaciones en los casos en que existe un síndrome depresivo, como es el caso de los episodios de bulimia y anorexia, síntomas de gastritis, tendencia a la hipertensión arterial o propensión al cansancio muscular, la fatiga mental, incapacidad de concentrarse y realizar ejercicios de memoria. En algunos de estos casos, y desde 1960, se habla del concepto de “depresión enmascarada.” La depresión en la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común, o como una enfermedad peligrosa que puede generar conductas autodestructivas. La depresión ha sido asociada a la adolescencia porque en esta etapa del desarrollo suelen darse, con frecuencia, molestias relacionadas con el estado de ánimo. Adicionalmente, durante esta etapa vital suceden al tiempo varios cambios en la personalidad que hacen difícil determinar la normalidad de este trastorno. Según los autores, “se considera que el adolescente está enfermo cuando el proceso de su desarrollo biopsicosocial se altera y esto se manifiesta en conductas anormales, síntomas y alteración en sus funciones mentales”²

Comorbilidad de la depresión en adolescentes

La Depresión en la adolescencia puede presentarse con otros trastornos. Quienes lo padecieron en la niñez y/o adolescencia tuvieron mayor probabilidad de presentar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno

disocial y dependencia a las drogas, en comparación con los deprimidos con inicio en la etapa adulta. Además, quienes padecieron depresión desde edades tempranas, tuvieron el 50% más probabilidades de haber intentado suicidarse. Tomando en cuenta que en estas edades la ocupación de estudiante es la más predominante en zonas urbanas, y que la condición adicional de trabajar o solo trabajar está estrechamente relacionada con la falta de recursos económicos, resulta que, en este orden de ideas, no estudiar ni trabajar pone en evidencia una problemática social que permea a lo emocional. Enfocar el problema desde múltiples sectores puede permitir 'ver el panorama completo' y con ello, los esfuerzos pueden resultar más fructíferos. Mientras los adolescentes y jóvenes aún sean estudiantes, el sistema escolar se configura como un espacio de oportunidad para la promoción del bienestar, la detección temprana de los problemas de salud mental y su referencia oportuna a tratamiento.¹⁷

La presencia de sintomatología depresiva durante la adolescencia es un importante indicador de una vulnerabilidad del estado emocional, cuya gravedad puede afectar diversas áreas de la vida y aumentar la probabilidad de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. Aunque es necesaria su detección oportuna, ésta se complica dentro de los sistemas educativos y de salud de México y otros países debido a insuficiencias de infraestructura y recursos humanos. Esta situación representa un reto, dadas la magnitud y la creciente tendencia de la depresión entre la población adolescente. Todo ello vuelve prioritario dirigir esfuerzos para su detección temprana a fin de proporcionar una atención oportuna y crear estrategias para su prevención, además de promover el desarrollo psicosocial de los adolescentes.¹⁸

Cabe señalar que los niños y adolescentes no suelen buscar ayuda por sí mismos. En los centros asistenciales, es requisito que estén acompañados de, al menos, el parent/madre o tutor(a) adulto para recibir atención en problemas de la salud, incluidos los emocionales. A diferencia de los trastornos de la conducta o del déficit de atención con hiperactividad, que suelen provocar molestias a los padres de familia y/o a los maestros, los niños y adolescentes con trastornos depresivos

muchas veces pasan desapercibidos. El reto es establecer sistemas de vigilancia epidemiológica para el monitoreo temprano de las necesidades de salud mental, y establecer campañas de atención oportuna y promoción y mantenimiento de la salud mental.¹⁵

Factores predisponentes

Son muchos los factores que pueden predisponer a la población en general a desarrollar un cuadro psiquiátrico los cuales afectan también en gran medida a los adolescentes como ser la violencia. Es un hecho establecido que la exposición a la violencia se asocia con impedimentos en el desarrollo y la presencia de varios síntomas clínicos, tanto en adultos como en niños/as y adolescentes de ambos sexos. Desde una mirada psicobiológica, se ven afectadas estructuras neurológicas que son responsables de la regulación de las reacciones frente al estrés. Aunque es una categoría diagnóstica muy controvertida por su conceptualización ambigua y etnocéntrica, es la que se ha investigado más en varias poblaciones afectadas por eventos violentos, tales como torturas, ataques personales o terroristas, secuestros, abuso, etc. El ser testigo o víctima de violencia también se ha vinculado con problemas de conducta de tipo internalizada –tales como depresión, ansiedad y baja autoestima– y con conductas externalizadas como conductas antisociales, agresión y consumo de drogas, a menudo acompañadas de problemas interpersonales y un bajo rendimiento escolar.¹⁹

Los problemas psicosociales que más atañen al adolescente son el pandillaje, consumo de drogas y alcohol; se sabe que los focos de inicio de estas complicaciones parten de crisis en la familia y algunos indicadores de ellos son los trastornos emocionales, la deserción escolar por bajo rendimiento y la frustración, la baja autoestima por influencia de muchos factores internos y familiares, la sobre protección, entre otras situaciones.²⁰

La existencia de una relación positiva entre el número de experiencias violentas prolongadas en el tiempo y la cantidad y severidad de síntomas reportados, ha sido establecida a través de varios escenarios y poblaciones. A su vez, ciertas características individuales han sido asociadas con determinadas consecuencias psicológicas, más allá de la cantidad de eventos violentos sufridos. Los datos sobre el papel del sexo han mostrado sistemáticamente, que las adolescentes mujeres tienden a presentar más sintomatología que los adolescentes varones, sobre todo en lo que concierne a los síntomas vinculados a conductas internalizadas. En lo que concierne al papel de la edad, los datos han resultado menos consistentes. No obstante, en su revisión de la literatura concluye que los adolescentes están en mayor riesgo que los niños más pequeños para desarrollar problemas psicológicos al ser expuestos a la guerra, teniendo mayor participación fuera del hogar y mejores habilidades cognitivas para darse cuenta de ciertos eventos y sus consecuencias.¹⁹

Otros autores consideran que la depresión es un síntoma que suele aparecer con frecuencia en las víctimas de violencia predominantemente la de tipo doméstica. Además que la depresión alcanzan un alto porcentaje en las víctimas de violencia doméstica. Así mismo, manifiestan que los síntomas depresivos aumentan en la medida que las expresiones de violencia física, psicológica y sexual son más importantes, hay un incremento de estresores no relacionados con el maltrato y cuentan con un menor nivel de percepción de apoyo social. Además se considera que la depresión fue el síntoma más frecuente; también se revela que la ansiedad, riesgos de suicidio y baja autoestima. Se puede también relatar que las mujeres que han sido maltratadas sufren síntomas de depresión grave, ansiedad, insomnio y síntomas somáticos, baja autoestima y bajo apoyo social.²⁰

Por todas las consecuencias de la violencia el apoyo social es un recurso de vital importancia para contrarrestar y superar las situaciones estresantes. Las víctimas de violencia que no tienen el apoyo social indispensable, sufren de mayores consecuencias psicopatológicas como TEPT, depresión, ansiedad, etc. Las experiencias recabadas por los profesionales nos llevan a pensar que

efectivamente ante la existencia de una alta incidencia en la percepción de estrés y de una elevada cantidad de eventos vitales estresantes, los integrantes del núcleo familiar padezcan un alto nivel de estrés. Esto desvía tal vez, la atención de los adultos hacia otros temas trascendentes y pueden en ciertas ocasiones volverse insensibles ante características de sus hijos y ante sus reacciones, toman decisiones de forma rígida y automática y no prestan atención a las consecuencias que acarrean las acciones educativas que toman sobre sus hijos, menoscabando en algunas situaciones la capacidad de cuidar y proteger. Esta disminución de la capacidad de cuidar y proteger, se denota con claridad ante la repetición de las situaciones maltratantes que sufren los niños y adolescentes y en la insuficiente e inadecuada respuesta de los adultos que han sufrido un deterioro de su emocionalidad.²⁰

Entre los factores de riesgo sociales se ha destacado la sobrevaloración del bienestar individual, que ha dado lugar a la creación de un aumento de la oferta de actividades hedónicas, junto con el entendimiento de la libertad como un valor absoluto sin consideración de la aceptación de las consecuencias de la libre elección. Por otro lado, la necesidad de una mayor disponibilidad económica de los adolescentes para acceder a la gran oferta de ocio y bienestar material que una sociedad consumista les enseña a percibir como prioridad en sus vidas. Paralelamente se ha producido un progresivo aumento de la tolerancia social de la violencia, gracias a la desensibilización que produce su presencia frecuente a través de televisión, cine, videojuegos, etc.²¹

En el ámbito familiar, la situación de competitividad social que a menudo viven los padres condiciona la relación en el seno de la familia al generar una situación vital de estrés de los progenitores. También se ha mencionado como factor de riesgo la percepción de violencia en el entorno (vecindario, grupo social) y las estrategias del joven para solucionarla. Una de las funciones de la familia es actuar a través de la educación como un filtro protector del menor dotándole de capacidad crítica y habilidades personales frente a las influencias socioculturales, sin embargo a menudo esto no ocurre y la propia familia convierte en un amplificador del riesgo

de violencia a través de estilos educativos inadecuados desde la infancia -por ser excesivamente rígidos, permisivos, incoherentes o descalificadores, que condicionan en el niño su interiorización de la imagen del mundo y de sí mismo. Por otro lado, se ha observado que la vivencia de violencia intrafamiliar en la infancia, bien por haberla sufrido el propio menor o por haber sido testigo de agresiones a la madre es uno de los más determinantes factores de riesgo familiares para el futuro desarrollo de conductas violentas.²¹

2.3 Violencia

La violencia es uno de los problemas más antiguos y particularmente identificado hoy día en cualquiera de sus expresiones, que demanda la atención por los gobiernos y organizaciones dadas las consecuencias y secuelas que provoca. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2003 la define como: "... cualquier maltrato ejercido contra una persona, contra uno mismo o una comunidad, que puede causar o causa lesiones, muertes, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones".²²

No obstante, la violencia asume características diferentes, sus causas tampoco son las mismas, y en la gran mayoría de los casos no se reconoce. Se considera como conducta humana y en relación directa con determinantes individuales, históricas, culturales y económicas. Generalmente se manifiesta de tres formas: abuso psicológico, abuso físico y abuso sexual.²²

La violencia se caracteriza por ser un fenómeno social, multifactorial y complejo, cambia según el momento y el contexto histórico social y se transmite de una generación a otra. Las mujeres, los infantes y personas ancianas son los grupos más vulnerables.²²

La violencia manifiesta se refiere a los comportamientos que implican una confrontación directa con otros con la intención de causarles un daño (por ejemplo, golpear, pegar, amenazar, etc.), en tanto que la violencia relacional alude

a conductas que tienden a provocar un daño en el círculo de amistades de las personas, o bien a su percepción de pertenecer a un grupo (por ejemplo, propalar chismes y rumores, ignorar a alguien del grupo, etc.).²³

En cuanto a sus funciones, la acción ofensiva implica una conducta violenta sin que medie un estímulo que la desencadene; la acción reactiva, a su vez, supone una respuesta defensiva ante alguna provocación, en tanto que la acción instrumental implica un comportamiento deliberado de anticipación de beneficios controlado por refuerzos externos.²³

La violencia va más allá de ser una forma agresiva de solucionar un conflicto. En primer lugar, para ejercer violencia no es necesario que exista un conflicto previo entre las partes; incluso, puede que antes no se conociesen, puede ser una violencia con un objetivo lúdico, con la que únicamente pretenden los actores divertirse. En segundo lugar, suele ser unidireccional y conllevar una relación desequilibrada entre las partes, en la que las fuerzas son desiguales entre el actor y la víctima, a favor del actor; frecuentemente es un grupo contra una víctima aislada o un agresor más fuerte respaldado por un grupo que le aplaude la acción. Conlleva, además, una intencionalidad de hacer daño gratuito a la víctima en ausencia de una regulación normativa de la interacción. Ortega y Mora-Merchán definen la violencia interpersonal como el ejercicio agresivo físico, psicológico, social o verbal mediante el cual una persona o grupo de personas actúa, o estimula la actuación de otros, contra otra persona o grupo, valiéndose de ventajas sociales que le proporcionan su situación física, psicológica o social.²⁴

La violencia interpersonal o intergrupal se puede dar en cualquier contexto interactivo en el que intervengan seres humanos, como individuos o como grupos. Así, los ámbitos familiar, escolar, laboral, lúdico, deportivo o institucional son marcos psicosociales en los que pueden surgir estas conductas. Los actores y receptores de este tipo de conductas pueden ser de cualquier edad y género.²⁴

La violencia puede llevarse a cabo de diversas maneras, como acabamos de ver en la anterior definición, puede ejercerse a través de golpes u otras conductas

físicas que hagan daño; por medio de influencia psicológica, aterrorizando o manipulando de forma negativa sus sentimientos; ejercitando o propiciando el aislamiento o el rechazo social de la víctima; o a través de amenazas o insultos directos o conductas verbales dirigidas a terceras personas que comporten acusaciones falsas y/o difamaciones sobre la víctima.²⁴

La violencia es un problema de origen multifactorial por lo que también genera consecuencias en varios aspectos como en la salud. El abuso doméstico se ha asociado con un aumento de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, dolor crónico, gastrointestinal trastornos como el síndrome del intestino irritable, quejas somáticas y fibromialgia. Con respecto a la salud mental, el abuso crea síntomas y perfiles clínicos que van desde ansiedad, insomnio y baja autoestima hasta depresión clínica y trastorno por estrés postraumático. Sufrir violencia en el trabajo se asocia con un mayor riesgo de problemas de salud mental y con el consumo de antidepresivos y ansiolíticos.²⁵

Teorías explicativas acerca de la violencia

Existen teorías explicativas acerca de la violencia:

- La teoría del instinto agresivo (innato).
- La teoría de la frustración/agresión.
- La teoría del aprendizaje social, la teoría del condicionamiento operante de Skinner.

Sin embargo, ninguna teoría por sí sola puede explicar la violencia, y caen entonces en un reduccionismo al intentar establecer relaciones lineales entre factores, tornándose en teorías abstractas. La violencia no es universal ni inevitable, ni es instintiva, de hecho hay individuos y grupos que muestran un alto grado de violencia, mientras otros individuos y grupos muestran muy poca.

Otros factores que pueden favorecerla son las condiciones de frustración. Así por ejemplo, se ha visto que los casos de violencia doméstica, aumentan con la presencia de la miseria, el desempleo y otras condiciones sociales desfavorables.

26

Tipos de violencia

Para realizar una clasificación de la violencia es conveniente considerar que ésta puede contar con diversos tipos según los criterios que se utilicen para su observación o construcción. Para considerar algunos de estos criterios se puede señalar, de forma general, que la violencia alude a actos y comportamientos que se presentan insertos en entramados de relaciones o contextos diferentes; cuenta con por lo menos tres tipos de actores que la delimitan (el agresor, la víctima y los observadores); presenta un aspecto de sucesión con origen o causa, un desarrollo a partir de ciertas dinámicas, reviste ciertas características e implica determinadas consecuencias; además se puede relacionar a otras características retomadas de aspectos más generales, como la racionalidad instrumental. Así, de estos diferentes factores enunciados, entre varios otros que pueden postularse, se destacan aspectos que sirven como diferentes criterios clasificadores.²⁷

Estas formas de manifestación de la violencia dan lugar a su clasificación en violencia física y verbal, directa e indirecta, incluso activa o pasiva (puede ejercerse una violencia que consista en no prestar una ayuda necesaria a una persona a sabiendas del daño que se le hace y queriendo ese daño). Pero, existen algunas manifestaciones a las que, por sus peculiares características, se les da una denominación particular: mobbing, violencia de género, acoso sexual, violencia doméstica, violencia, acoso psicológico, etc. Y, de igual modo, también existen algunos delitos más extendidos entre la juventud –a los que se les presta mayor atención– como son el tráfico de drogas y sus derivados: asesinatos o lesiones por ajustes de cuentas, robos, asociaciones para delinquir, etc.²⁴

Maltrato y psicopatología

La elevada frecuencia de psicopatología en niños y adolescentes que sufrieron maltrato ha llevado a mencionar al maltrato como predictor de ésta. Los estudios prospectivos como el de Ethier et al. reportaron mayor frecuencia de trastornos afectivos, ansiosos y conductuales en sujetos víctimas de maltrato crónico.¹¹ Yanos et al. reportaron que los pacientes con antecedentes de maltrato utilizaban los servicios de salud mental con mayor frecuencia y que la presencia de depresión mayor o abuso de sustancias incrementaba el uso de servicios médicos en estos pacientes.²⁸

Trastornos de conducta y maltrato infantil: El castigo corporal a los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se ha reportado en estudios de población abierta como el de Ouyang y su grupo. De acuerdo a Ford et al., la presencia de TDAH y trastorno negativista desafiante (TND) es más frecuente en pacientes con antecedentes de maltrato físico o abuso sexual. Estudios epidemiológicos recientes como el de Jonson-Reid et al. también han señalado al maltrato como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de conducta.²⁸

Trastornos afectivos y maltrato: Algunos estudios han asociado el maltrato con la depresión y la ansiedad. En cuanto al Trastorno Bipolar (TB), un estudio en pacientes adultos con TB realizado por Brown GR et al. Mostró que el maltrato de cualquier tipo fue reportado en el 48.3% de los sujetos con este diagnóstico, el abuso sexual se presentó en 8%, el abuso físico en 20.7%. Los pacientes con abuso sexual y físico tienen mayor probabilidad de presentar trastorno por estrés postraumático, trastornos por consumo de alcohol y más episodios de depresión mayor, así como mayor probabilidad de presentar intentos suicidas.²⁸

Abuso de sustancias y maltrato: De acuerdo al reporte de Downs y Harrison, la experiencia de abuso parece estar relacionada con incremento en los sentimientos depresivos y ansiosos que resultan en un mayor riesgo de desarrollar problemas con el uso de sustancias.²⁸

Relación entre la violencia y la depresión

La vinculación entre el padecimiento de violencia física y psicológica a la presencia de sintomatología referida a depresión se ha constatado en muchos estudios y constituye un elemento clave de hallazgos de estudios que expresan las graves consecuencias que tiene para numerosas poblaciones principalmente de mujeres, la exposición a violencia intrafamiliar durante distintas etapas de su desarrollo.²⁹

Hay una creciente necesidad a detectar o identificar la presencia de trastornos depresivos en los primeros años de carrera en poblaciones de estudiantes que se asocien a prácticas de violencia en su círculo familiar, los que, sumados a otros factores, estarían provocando padecimientos que requieren pronta intervención. En el caso de las mujeres, como población mayoritariamente afectada por violencia, podría evitarse que se encuentre aislada e incapacitada para realizar actividades laborales cotidianas, arriesgar estudios y actividad laboral. Contribuiría a mejorar el autocuidado y del entorno inmediato. ²⁹

Otro aspecto que nos señalan estos hallazgos tiene relación con la necesidad de que la temática de violencia y principalmente la violencia basada en género, pueda ser incluida en las carreras de Ciencias Sociales, Humanidades, Ciencias Médicas y todas las vinculadas a áreas sociales y de la salud. ²⁹

El estudio requiere ser considerado como una aproximación al tema de violencia y depresión en futuros profesionales de salud mental. Es necesario implementar mayores investigaciones para comprender los trastornos que se presentan en estudiantes universitarios/as principalmente en carreras de salud mental, que establezcan la frecuencia encontrada, así como los factores asociados.

Un estudio realizado en México en 2014 sobre el perfil de salud mental de estudiantes de encontró un 11% de patologías mentales que coincidieron con síntomas de ansiedad, depresión y descontrol de impulsos. Otro, que se propuso evaluar el riesgo suicida y los síntomas asociados en estudiantes de Psicología,

puso en evidencia que 3,6% tenía alto riesgo de suicidio y 9,1 se había autolesionado alguna vez. Respecto al alto riesgo de suicidio, el hallazgo fue que el de mujeres era tres veces mayor que el de los hombres del estudio. Otra investigación realizada en México constató que la violencia intrafamiliar se encontraba asociada con depresión mayor. Otros estudios realizados en Paraguay ya habían encontrado vinculación entre la presencia de depresión y antecedentes de violencia intrafamiliar o de pareja en población de estudiantes de nivel medio, en mujeres embarazadas y mujeres puérperas; todos asociados al haber padecido violencia intrafamiliar. Un reciente estudio realizado en 69 estudiantes de psicología de una población universitaria de Asunción encontró prevalencia de 22% de depresión.²⁹

Violencia, depresión e ideación suicida

La correlación entre exposición a violencia y desarrollo de síntomas depresivos es mayor en víctimas, aunque perpetradores y perpetradores-víctimas también desarrollan más sintomatología depresiva cuando se compara contra grupos no expuestos a violencia. Lo antes mencionado plantea el desafío de identificar las experiencias de violencia durante una ventana temporal relativamente acotada, mediante la pesquisa de síntomas depresivos, y refuerza la violencia como un factor asociado a episodios depresivos en escolares.³⁰

Si bien se ha logrado establecer una asociación entre la participación en violencia e ideación suicida en adolescentes, es importante considerar que el violencia, por sí sola, no parece explicar totalmente la aparición de ideación suicida o intentos de suicidio, sino que su efecto se potenciaría con el de otros factores de riesgo biopsicosociales concomitantes, siendo la ideación suicida un desenlace de origen multifactorial. De esa forma, la simplificación de la afirmación de que el

antecedente de violencia es equivalente al suicidio adolescente, no parece certera, debiéndose explorar otros factores, en particular la presencia de depresión, factor claramente asociado a suicidio adolescente. Por su parte, los datos disponibles hasta ahora muestran que una asociación entre cyberviolencia, el desarrollo de síntomas depresivos e ideación o intentos de suicidio es significativa en mujeres.³⁰

III. OBJETIVOS

3.1 General:

Establecer la prevalencia de depresión y la correlación con sufrir violencia en adolescentes de institutos públicos de la zona uno de la ciudad de Guatemala, durante los meses de Junio a Septiembre del 2019.

3.2 Específicos:

- **3.2.1** Determinar cuántos de los adolescentes entrevistados presentan puntajes correspondientes para depresión leve, moderada o severa según el inventario de depresión de Beck.
- **3.2.2** Establecer la relación que existe entre tener depresión y sufrir algún tipo de violencia en los adolescentes.
- **3.2.3** Determinar quiénes son los principales agresores de los adolescentes que son víctimas de violencia.
- **3.2.4** Identificar cual es el tipo de violencia que sufren los adolescentes principalmente.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo de estudio:

Descriptivo - retrospectivo.

4.2 Diseño de investigación

Estudio no experimental, transversal descriptivo

4.3 Unidad de análisis:

4.3.1 Unidad primaria de muestreo: Adolescentes que asistían a los institutos públicos de la zona 1 de la ciudad de Guatemala en el año 2019.

4.3.2 Unidad de análisis: Información obtenida del inventario de depresión de Beck y cuestionario sobre violencia de los adolescentes que asistían a los institutos públicos de la zona 1 de la ciudad de Guatemala en el año 2019.

4.3.3 Unidad de información: adolescentes entre 15 y 19 años alumnos de cursos de diversificado de los institutos públicos de la zona 1 de la ciudad de Guatemala.

4.4 Universo y muestra:

4.4.1 Población: adolescentes que eran alumnos de institutos públicos de la zona 1 de la ciudad de Guatemala según información de matrícula de todos los institutos brindada por distrito de educación Guatemala norte.

Total: 4485

4.4.2 Muestra: se trabajó con base en un muestreo probabilístico con un nivel de confianza del 95% y con un error de muestreo del 5%, la cual se calculó mediante ecuación estadística para proporciones poblacionales

$$n = \frac{z^2(p*q)}{e^2 + (z^2(p*q))} \quad N$$

n= Tamaño de la muestra
z= Nivel de confianza deseado
p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)
q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)
e= Nivel de error dispuesto a cometer
N= Tamaño de la población

Total: 354

4.5 Instrumento:

Se aplicó el inventario de depresión de Beck para conocer cuántos de los adolescentes encuestados presentaban depresión.

El inventario de depresión de Beck mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem califica 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. El cuestionario consta de 21 preguntas.

Interpretación de los resultados: La puntuación total se compara con una clave para determinar el grado de depresión. Los rangos aceptados son los siguientes:

0 a 9 indica que no hay depresión;

10 a 13 indica leve trastorno emocional

14 a 19 depresión leve a moderada

19 a 29 indica depresión moderada a grave

30 a 63 indica una depresión grave.

Además se incluyeron al final del cuestionario preguntas sobre la violencia, el tipo de violencia y los agresores más frecuentes para cada entrevistado.

4.6 Lugar del estudio:

Institutos de secundaria de la zona 1 de la ciudad de Guatemala los cuales se obtuvieron según el listado brindado por la dirección distrital de educación.

4.7 Periodo de estudio:

De junio a agosto del año 2019

4.8 Criterios de inclusión:

- Adolescentes mujeres u hombres entre los 15 y los 19 años.
- Residentes de la ciudad de Guatemala.
- Que cursaran al momento del estudio el diversificado en un instituto público de la zona 1 de la ciudad de Guatemala.
- Aceptación voluntaria de participación en el estudio.

4.9 Criterios de exclusión:

- Personas menores de 11 y mayores de 19 años.

- Que no se obtuviera autorización por parte de algún director para la obtención de datos.
- Adolescentes que se negaran a participar en la investigación.
- Adolescentes que no fueran alumnos de ningún centro educativo.

4.10 Variables:

4.10.1 Variable independiente: Adolescentes residentes en la ciudad de Guatemala.

4.10.2 Variable Dependiente: Adolescentes que sufran un episodio depresivo.

4.11 Identificación de variables

4.11.1 Variable Dependiente

- Prevalencia de depresión en los adolescentes: Se definió como la presencia de puntuaciones correspondientes a un episodio depresivo en los adolescentes según el inventario de depresión.

4.11.2 Variables Independientes

- Características sociodemográficas (edad, procedencia).
- Antecedentes de algún tipo de violencia.
- Manifestaciones clínicas (estado de ánimo triste, anhedonia, perdida del interés, alteraciones del sueño, disminución del apetito, ideas de minusvalía, ideas de muerte, distraibilidad).

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Criterios de clasificación
Edad	Tiempo de vida de una persona	Datos obtenidos en el instrumento	Categórica Politomica	Nominal	Años cumplidos 11 – 19 años
Sexo	Condición orgánica que distingue a los seres vivos entre machos y hembras	Sexo del entrevistado	Categórica Dicotómica	Nominal	Masculino Femenino
Procedencia	Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva.	Lugar de residencia de la persona entrevistada	Categórica Politomica	Nominal	Zona 1 Zona 2 Zona 3 Zona 4 Zona 5 Zona 6 Zona 7 Zona 8

		Zona 9 Zona 10 Zona 11 Zona 12 Zona 13 Zona 14 Zona 15 Zona 16 Zona 17 Zona 18 Zona 19 Zona 20 Zona 21	Normal Depresión Leve Depresión Moderada Depresión Severa
Severidad Depresión	trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de respuesta múltiple.	Inventory de depresión de Beck, es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple.	Categórica Nominal Politomica

	de concentración	Es un instrumento utilizado para medir la severidad de una depresión.			
Violencia	Todo acto que guarde relación con la práctica de la fuerza sobre otra persona, originando un daño accidental o voluntario sobre la misma.	Dato obtenido en el instrumento de recolección	Categórica Dicotómica	Nominal	Si No
Tipo de violencia	<p>Violencia física Son todas las acciones violentas ejecutadas con el fin de causar daño en el cuerpo de otra persona.</p> <p>Violencia psicológica Son todas aquellas conductas ejercidas para perjudicar la psique del individuo. Este tipo de violencia no siempre es</p>	Dato obtenido en el instrumento de recolección	Categórica Politomica	Nominal	Física Psicológica Sexual Otra

<p>visible, e incluso m víctimas pueden ignorar (están padeciendo.</p> <p><i>Violencia sexual</i> Son comportamientos vulneran la integridad sex otra persona, e involucr ejecución de actos o conc sin su consentimiento.</p>	<p>Otros tipos de Violencia: <i>Violencia política</i> Es cualquier acto ej desde el poder legítim Estado) o sus instituc para agredir a los ciudadá</p> <p><i>Violencia económica</i> Es la vulneración del de</p>

	<p>de otras personas a usar dinero o su patrimonio.</p> <p>Violencia religiosa</p> <p>Implica el uso del poder para agredir a un grupo minoritario que no comparte las mismas creencias que el grupo religioso mayoritario.</p>
	<p>Violencia cultural</p> <p>Los actos violentos contra una persona o colectivo establecidos por el contexto cultural, lo cual hace que perciban como hechos naturales o comunes.</p>
	<p>Violencia laboral</p> <p>Es cualquier acto o condu-</p>

	<p>violenta que se lleve a cabo en el lugar de trabajo, sin ir la jerarquía de quien ejerce es víctima de la acción.</p> <p>Acoso cibernético</p> <p>Es el ataque a una persona o grupo de personas a través del uso de canales digitales (redes sociales, electrónico, mensajería).</p>
	<p>Violencia de género</p> <p>Es todo acto que vulnera derechos y la integridad de una persona o un grupo de personas basándose en sexo, género, orientación sexual y/o identidad sexual.</p>

Agressor	<p>Es un sujeto que tiene una tendencia hacia la hostilidad. Por cuestiones psicológicas o socioculturales, una persona puede desarrollar conductas que se vinculan a la agresividad, provocando daños a terceros.</p> <p>Dato obtenido en instrumento de recolección</p>	Categórica	Nominal	Familiares
Amigos				
Compañeros				
Maestros				
Vecinos				

4.12 Técnicas, procesos e instrumento a utilizar en la recolección de datos:

4.12.1 Técnica de recolección de datos: La técnica empleada fue la obtención de la información del adolescente a través de la aplicación del inventario de depresión de Beck además de algunas preguntas sobre violencia.

4.12.2 Proceso:

- Aprobación del tema de investigación por el comité de investigación del postgrado de psiquiatría
- Autorización del protocolo de investigación.
- Solicitud de datos sobre institutos y número de alumnos en la zona 1 de la ciudad de Guatemala a la Dirección distrital de educación.
- Autorización por parte de los directores de cada instituto para la entrevista a estudiantes.
- Recolección de datos
- Elaboración de base de datos en programa computacional Microsoft Excel.
- Realización de técnicas descriptivas como frecuencias y cálculo de porcentajes en programa estadístico epi info 7.0.

4.13 Procesamiento de datos:

4.13.1 Preparación de la información: Se procedió a revisar y verificar que los datos estén completos, así como la calidad, consistencia y exactitud de los mismos.

4.13.2 Procesamiento de la información: Se creó una base de datos en el programa Microsoft Excel con los resultados obtenidos asignando un código para cada uno de los instrumentos y se asignó también un código para cada respuesta el que se utilizaba al momento de ingresarla en la base de datos.

4.13.3 Análisis de datos: Se ingresaron los datos en la herramienta EPI info 7.0 para procesarlos obteniendo frecuencias y porcentajes según los objetivos de la investigación.

4.14 Aspectos éticos de la investigación:

4.14.1 Principios éticos generales:

- Beneficencia: se refiere a que todas las acciones se emplearon en busca del beneficio de los entrevistados.
- No maleficencia: este principio se pondrá en práctica al evitar que cualquier acción genere daño a los entrevistados.
- Justicia: Se refiere al compromiso de otorgar a cada entrevistado lo que corresponde según el derecho o razón.

4.14.2 Categoría de riesgo: Según las “Pautas internacionales para la evaluación ética de los estudios epidemiológicos” este estudio se clasifica como categoría I (sin riesgo), el cual comprende los estudios que utilizaron técnicas observacionales, con las que no se realiza ninguna intervención o modificación intervencional con las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participan de dicho estudio.

4.15 Limites de la investigación

Se encontró como obstáculo la no autorización por parte de algunos directores de los institutos.

V. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del estudio: Prevalencia de depresión y su correlación con sufrir violencia en adolescentes de institutos públicos de la zona uno de la ciudad de Guatemala, durante el periodo junio – agosto del 2019.

Tabla 5.1 Distribución demográfica de los adolescentes de institutos públicos de la zona 1 de la ciudad de Guatemala. N= 354

Sexo	No.	%
Masculino	171	48.3
Femenino	183	51.7
Total	354	100
Edad		
15 años	8	2.3
16 años	111	31.4
17 años	165	46.6
18 años	70	19.8
Total	354	100

Tabla 5.2 Prevalencia de depresión y clasificación de la severidad según puntaje obtenido en inventario de depresión aplicado a adolescentes de institutos públicos de la zona 1 de la ciudad de Guatemala, Junio – Agosto 2019. N= 354

Depresión	Casos	%
Si	142	40.1
No	212	59.9
Total	354	100
Severidad de la depresión		
0 – 9	136	38.4
10 – 13 Leve T. Emocional	76	21.5
10 – 19 Depresión Leve	65	18.4
20 – 28 Depresión moderada	55	15.5
29 – 63 Depresión Severa	22	6.2
Total	354	100

Tabla 5.3 Incidencia de violencia en adolescentes de institutos públicos de la zona 1 de la ciudad de Guatemala, Junio – Agosto 2019. N= 354

Víctima de violencia	Casos	%
Si	105	29.7
No	249	70.3
Total	354	100
Tipo de violencia		
Física	26	24.8

Psicológica	64	61.0
Sexual	13	12.4
Otra	2	1.9
Total	105	100
Agresor N: 105		
Familiares	55	52.4
Amigos	13	12.4
Vecinos	6	5.7
Maestros	2	1.9
Compañeros	29	27.6
Total	105	100

Tabla 5.4 Incidencia de violencia según sexo en adolescentes de institutos públicos de la zona 1 de la ciudad de Guatemala, Junio – Agosto 2019. N= 354

Sexo	Violencia			
	Si		No	
	Casos	%	Casos	%
Femenino	65	18.4	118	33.3
Masculino	40	11.3	131	37.0
Total	105	29.7	249	70.3

Tabla 5.5 Relación entre violencia y depresión en adolescentes de institutos públicos de la zona 1 de la ciudad de Guatemala, Junio – Agosto 2019. N= 354

Depresión	Violencia				Total	
	Si		No		Casos	%
	Casos	%	Casos	%		
Si	67	63.9	75	30.1	142	40.1
No	38	36.2	174	69.9	212	59.9
Total	105	100	249	100	354	100

Tabla 5.6 Relación entre violencia y severidad de depresión en adolescentes de institutos públicos de la zona 1 de la ciudad de Guatemala, Junio – Agosto 2019. N= 354

Severidad Depresión	Violencia			
	Si		No	
	Casos	%	Casos	%
Normal	21	20.0	115	46.2
Leve perturbación	17	16.2	59	23.7
Depresión Leve	22	21.0	43	17.3
Depresión Moderada	29	27.6	26	10.4
Depresión Severa	16	15.2	6	2.4
Total	105	100	249	100

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

El objetivo de la presente investigación es conocer la prevalencia de depresión en adolescentes por lo cual este estudio se realizó en adolescentes alumnos de los distintos institutos públicos de la zona 1 de la ciudad de Guatemala, además se hizo una correlación entre la presencia de un episodio depresivo con uno de los determinantes ambientales que se han relacionado con el mismo como ser el ser víctima de violencia.

Se considera que el grupo en el cual se realizó el estudio fue adecuado debido a que la zona 1 es el centro geográfico de toda la ciudad, lo cual contribuye a mayor facilidad de movilización de los habitantes entre esta y las demás zonas favoreciendo esto a que en ella confluyan personas de distintas características sociodemográficas lo cual convierte al grupo en una muestra representativa de los adolescentes que se pudiesen haber estudiado en otros puntos geográficos de la ciudad.

Mediante la realización de este estudio se obtuvieron datos por parte de 354 adolescentes todos alumnos de grados de diversificado de institutos públicos, de los cuales 142 lo que corresponde al 40.1% del total presentó puntajes equivalentes a un episodio depresivo. Cabe resaltar que las cifras de prevalencia de depresión en adolescentes a nivel mundial van del 4 al 6% lo cual es muy inferior a lo encontrado en este estudio pero igualmente hay datos que consideran que hasta el 90% de las personas con depresión en Latinoamérica no acuden a ningún servicio de salud mental o se tardan un aproximado de 14 años en acudir y recibir tratamiento, por lo que un tamizaje a nivel comunitario como este presenta cifras más elevadas que las que se podrían obtener en un entorno sanitario. En un estudio similar realizado en institutos públicos en Colombia se encontró una prevalencia de depresión del 75% lo cual concuerda con el hallazgo de esta investigación.

Se considera que en los pacientes deprimidos los casos que pueden ocasionar mayores complicaciones a corto o a largo plazo y los que reciben

generalmente medicación son los casos de moderados a graves, no así los casos leves que en ocasiones pueden interpretarse como ligeros desbalances emocionales o situaciones reactiva por lo que generalmente son manejados con abordaje psicoterapéutico. En esta investigación 55 de los encuestados que corresponde al 15.5 de los casos coincidió con una depresión moderada y el 6.2%, que fueron 22 adolescentes con una depresión severa, inferior a lo encontrado en un estudio en México donde se encontró una prevalencia de depresión moderada de 30% y severa de 25%. Entre más aumenta la severidad del episodio depresivo también aumenta sus consecuencias como ser el impacto en el desempeño y los pensamientos y conductas suicidas que fueron de 2 a 5 veces mayores en los casos severos que en los moderados en el estudio mexicano.

La violencia es uno de los problemas sociales más antiguos y en claro ascenso hoy día en cualquiera de sus expresiones por lo que demanda la atención dadas las consecuencias que provoca porque adopta muchas formas y porque es un problema que afecta de forma creciente a los jóvenes, en el presente estudio se logró determinar que el 29.7% de los encuestados sufría de algún tipo de violencia y de estos el 18.4% fueron del sexo femenino y el 11.3% del sexo masculino. Según datos de UNICEF hasta los 15 años alrededor del 60% de los adolescentes a nivel latinoamericano ha sufrido de algún tipo de violencia y en algunos estudios epidemiológicos como el de Ulloa y Navarro se ha encontrado una prevalencia en la adolescencia del 4.5 al 21% cifras similares a las encontradas en este estudio.

La violencia asume características diferentes, y en la gran mayoría de los casos no se reconoce. Se considera como conducta humana. Generalmente se manifiesta de tres formas: abuso psicológico, abuso físico y abuso sexual. De los encuestados el 24.8% afirmó ser víctima de violencia física, el 61.0% violencia psicológica y el 12.4% de violencia sexual. Estos datos van en concordancia con otros estudios realizados en población abierta incluidos en el estudio de Ulloa y Navarro donde se encontró una prevalencia de 4.5% a

28.4% de violencia física, 4% a 77% de violencia psicológica y de 3.1% a 21.6% de maltrato sexual. Siendo por lo tanto la violencia psicológica la que en mayor frecuencia sufren los adolescentes seguida por la violencia física.

Al consultar sobre quienes ejercen violencia contra los adolescentes el 43.6% (51 casos) refirió ser víctima de sus familiares, seguido por el 29.9% (35 casos) que lo son de sus compañeros y el 17.9% (21 casos) afirmaron recibir violencia de amigos, en menor proporción refirieron a vecinos y maestros con el 6.0% (7 casos) y el 2.6% (3 casos) respectivamente. Resultados similares a otros estudios que señalan que la violencia contra niños y adolescentes es principalmente ejercida por figuras cercanas como familiares.

En este estudio se logró encontrar una clara relación entre el sufrir violencia y padecer de depresión ya que de todos los adolescentes que presentaban depresión 67 que corresponde al 63.9% afirmó también ser víctima de violencia frente a 38 que eran el 30.1% de los deprimidos no sufría violencia, lo que podría representar un aumento de cerca del 50% en el riesgo de presentar un episodio depresivo, estas cifras son equiparables a las del estudio realizado en población comunitaria en España donde el 62% de las personas que presentaban depresión sufrían también de violencia mientras que el 23% de los deprimidos no sufrían ningún tipo de violencia. Y en relación a la severidad de la depresión se encontró que de estos adolescentes que eran víctimas de violencia el 21.0% presentaba depresión leve, el 27.6% depresión moderada y el 15.2% depresión severa.

6.1 CONCLUSIONES

1. De los adolescentes entrevistados en los institutos públicos de la zona 1 de Guatemala el 40.1% presentaba un episodio depresivo.
2. Con relación a la violencia el 29.7% de todos los adolescentes entrevistados afirmó ser víctima de violencia frente al 70.3% que lo negó.
3. Con respecto a la relación entre depresión y sufrir violencia el 63.9% de los adolescentes que presentó depresión refirió también sufrir violencia lo que refleja una tendencia al aumento de riesgo de desarrollar depresión en adolescentes que son víctimas de violencia.
4. De los adolescentes que presentaron depresión la mayoría presentaba depresión leve los que representaron el 18.4%, seguidos por los que presentaron depresión moderada con el 15.5% y por último los que presentaron depresión severa con el 6.2%
5. El tipo de violencia de principalmente refirieron sufrir los adolescentes encuestados fue la violencia psicológica representando el 61.0% de los casos que afirmaron sufrir violencia.
6. Del total de adolescentes encuestados que afirmó ser víctima de violencia la mayoría (52.4%) dijo sufrirla por parte de sus familiares, seguidos por el 27.6% que era de parte de sus compañeros, el 12.4% eran agredidos por amigos y el 5.7% por sus vecinos.

6.2 RECOMENDACIONES

1. A los directores de los institutos a promover la difusión de información sobre la salud mental entre sus alumnos además de alentarlos a comunicar sus problemas ya sea con los maestros de la institución o con otras figuras de confianza.
2. Al ministerio de educación gestionar el establecimiento de áreas de salud mental dentro de los institutos ya sea estableciendo convenios con las universidades creando plazas para la realización del ejercicio profesional supervisado de estudiantes de psicología o mediante la contratación de psicólogos clínicos.
3. Al ministerio de salud pública y asistencia social a crear, planificar y coordinar políticas y programas de salud mental tanto en la población general como para los adolescentes por medio de la contratación de más personal del área, facilitando el acceso de los servicios de salud mental a la población, creando campañas masivas de información para disminuir el estigma entre otras.
4. A la facultad de ciencias médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, promover el desarrollo de estudios en al área de salud mental en adolescentes ya que este es un problema cada vez más creciente que se reflejará posteriormente.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Álvarez Zúñiga, Mónica, Ramírez Jacobo, Briselda, Silva Rodríguez, Arturo, Coffin Cabrera, Norma, Jiménez Rentería, M Lourdes, La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* [en línea] 2018.
2. Pardo GA, Sandoval A, Umbarila D. Adolescencia y depresión. *Rev Colombiana de psicología* 2017, 13: 13 – 28.
3. HUERTA R., Rosa et al. Depresión y cólera-hostilidad en alumnos víctimas de violencia intrafamiliar, de cuarto grado de secundaria de instituciones educativas estatales de zonas urbano marginales de la ciudad de Lima. *Revista de Investigación en Psicología*, [S.I.], v. 18, n. 2, p. 83-100, jun. 2016. ISSN 1609-7475.
4. Ugarriza N, Escurra M. Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona* 5, 2018, 83-130
5. Arrom C, Samudio M, Ruoti M, Orúe E. Síndrome depresivo en la adolescencia asociado a género, abuso sexual, violencia física y violencia. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 2017; 13(3):39-44.
6. Panduro JG, Jiménez PM, Pérez JJ, Panduro EG, Peraza D, Quezada NA. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternas neonatales. *Ginecol obstet México* 2017, 80 (11): 604-704.

7. Da Silva JR, Vieira OC, Pereira D, de Aguilar JW, de Oliveira JR. Aspectos da sexualidade na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva Brazil* 2016, 16(7): 3221-3228.
8. [unfpa.org](https://www.unfpa.org/es/data) (internet). New York: UNFPnet; 1973 (actualizado en Junio 2017; citado 31 de Agosto 2018). Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/data>.
9. [paho.org](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/) (internet). Washington, D.C: Organización mundial de la salud; 2003 (actualizado en Septiembre 2017; citado 30 de Agosto 2018). Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/
10. Rodríguez, Jorge J. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la declaración de Caracas. *Rev. OPS.* 2017; (105): 6 – 295.
11. Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2018). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. OPS, Washington, DC.
12. Barra A., Enrique, Cerna C., Rodrigo, Kramm M., Daniela, Véliz V., Viviana, Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes. *Terapia Psicológica [en línea]* 2016, 24 (junio).
13. Belló, Mariana, Puentes-Rosas, Esteban, Medina-Mora, María Elena, Lozano, Rafael, Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México [en linea]* 2017, 47 [Fecha de consulta: 9 de septiembre de 2018]

14. Cruzblanca H, Lupercio P, Collas J, Castro E. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento. *Revista salud mental*, Universidad de Colima 2016; 39(1):47-58
15. Pérez Y, Guerra V, Mengana K, Nóbrega M, Grau R. Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en adolescentes de 12 a 15 años. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana* 2019, 11(1).
16. Arenas SC. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes {Tesis grado}. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.
17. Gonzales C, Hermosillo A, Vacio M, Peralta R, Wagner F. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2015; 72(2):149 – 155.
18. Jiménez A, Wagner F, Rivera M, Gonzales C. Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D. *Salud Mental* 2017; 38(2):103-107.
19. Mels C. Entre pobreza y violencia: ¿Cómo afectan los estresores diarios y la violencia a adolescentes en zonas de guerra? *Ciencias Psicológicas* 2017; VI (2): 111 – 122.

20. Capano A, Pacheco A. Estrés y violencia doméstica: un estudio en adultos referentes de niños, niñas y adolescentes. *Ciencias Psicológicas* 2016; VIII (1): 31 – 42.

21. Chapa RF, Sánchez CB, Ferrer MJ, García I, Moliner S, López B. Perfiles delictivos, sentimiento de ira y tipo de violencia en adolescentes con grave historial judicial. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2019, vol. XXIX, n.º 104, pp. 319-327.

22. Alpízar L., Pino W. Caracterización de la violencia en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2018; 47(4)

23. Romero A., A., Villarreal G., M.E., Callejas J., J.E., Sánchez S., J.C. y Musitu G. (2019). La violencia relacional en la adolescencia: un análisis psicosocial. *Psicología y Salud*, 29(1), 103 113.

24. Gómez A., Gala FJ., Lupiani M., Bernalte A., Miret MT., Lupiani S. et al. Violence and other forms of adolescent violence. *Cuad. med. forense* [Internet]. 2017 Jul [citado 2019 Abr 30]; (48-49:165-177.)

25. Montesó-Curto, P., Aguilar, C., Lejeune, M., Casadó-Marin, L., Casanova Garrigós, G., & Ferré-Grau, C. (2017). Violence and depression in a community sample. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16)

26. Espín Falcón Julio Cesar, Valladares González Anais Marta, Abad Araujo Jorge Carlos, Presno Labrador Clarivel, Gener Arencibia Nancy. La violencia, un problema de salud. *Rev. Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2018 Dic [citado 2020 Oct 08]; 24(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400009&lng=es.

27. Martínez A. La violencia conceptualización y elementos para su estudio. Política y Cultura, núm. 46, 2016, pp. 7-31

28. Ulloa Flores R., Navarro I. Estudio descriptivo de la prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes con psicopatología. Salud Mental 2017; 34:219-225

29. Fresco MP, Arrom C, Arrom Suhurt CM, Arrom MA, Capurro M. Violencia y síntomas depresivos en estudiantes de Psicología. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2018; 16(1): 39-44.

30. Azúa E., Rojas P., Ruiz S. Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio. Rev. Chil Pediatr. 2020; 91(3): XX-XX.

VIII. ANEXOS

8.1 Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA EN PSIQUIATRIA**

**PREVALENCIA DE DEPRESION Y SU RELACION CON SUFRIR
VIOLENCIA EN ADOLESCENTES DE INSTITUOS PUBLICOS DE LA ZONA
UNO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA**

Datos:

Edad: _____ **Sexo:** _____

Procedencia: _____

1. *Animos*

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. *Futuro*

- 0 No me siento especialmente desanimado respecto de mi futuro.

- 1 Me siento desanimado respecto al futuro.
- 2 Siento que no tengo que esperar nada.
- 3 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejoraran.

3. *Fracaso*

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2 Cuando veo hacia atrás solo veo fracaso tras fracaso.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

4. *Satisfacción*

- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5. *Culpabilidad*

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. *Castigo*

- 0 No siento que esté siendo castigado
- 1 Me siento como si fuese a ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. *Percepción.*

- 0 No estoy decepcionado de mí mismo.
- 1 Estoy decepcionado de mí mismo.
- 2 Me da vergüenza de mí mismo.

3 Me detesto.

8. *Debilidades*

- 0 No me considero peor que cualquier otro
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Continuamente me culpo por mis faltas
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. *Pensamientos suicida*

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 A veces pienso en suicidarme pero no lo haría
- 2 Desearía suicidarme
- 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. *Llanto*

- 0 No lloro más de lo que debería llorar.
- 1 Ahora lloro más que antes
- 2 Lloro continuamente.
- 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo.

11 *Irritabilidad*

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me molesto más fácilmente que antes.
- 2 Me siento irritado continuamente
- 3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que solía hacerlo.

12 *Interés por los demás*

- 0 No he perdido el interés por los demás.
- 1 Estoy menos interesado por los demás que antes.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. He perdido todo el interés por los demás.

13. *Decisiones*

- 0 Tomo decisiones como siempre lo he hecho.
- 1 Evito tomar decisiones más que antes
- 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3 Ya no me es posible tomar decisiones.

14. *Aspecto*

- 0 No creo tener peor aspecto que antes
- 1 Creo que ahora parezco más viejo o poco atractivo
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Creo que tengo un aspecto horrible.

15. *Actividades*

- 0 Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo
- 3. No puedo hacer nada en absoluto.

16. *Sueño*

- 0 Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual
- 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no vuelvo a dormir

17. *Energía*

- 0 No me siento más cansado de lo normal.
- 1 Me canso más fácilmente que antes.
- 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. *Apetito*

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1 No tengo tan buen apetito como antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3 He perdido completamente el apetito.

19. *Pérdida de peso*

- 0 Últimamente he perdido poco peso o casi nada.
- 1 He perdido más de 4 libras
- 2 He perdido más de 6 libras.
- 3 He perdido más de 15 libras.
- 4 Estoy a dieta para adelgazar

20. *Preocupación por la salud*

- 0 No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos.
- 2 Estoy preocupado por mis problemas físicos
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa

21. *Libido*

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

22. *¿Ha sufrido violencia en algún momento de su vida? (Si su respuesta es no, ha terminado el cuestionario)*

Si

No

23. ¿Qué tipo de violencia sufre?

- Física
- Psicológica
- Sexual
- Otra

24. ¿Quién ha ejercido violencia en su contra?

- Familiar (es)
- Amigo (os)
- Compañero (os)
- Maestro (os)
- Vecino (os)

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medios la tesis titulada **“PREVALENCIA DE DEPRESION Y SU RELACION CON SUFRIR VIOLENCIA EN ADOLESCENTES DE INSTITUTOS PÚBLICOS DE LA ZONA UNO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.