

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIDAD DE POST-GRADO

**Factores asociados a la depresión en pacientes con
atención primaria de la salud en Cusco y Abancay**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Psicología

AUTOR

Guido Américo Torres Castillo

Lima – Perú

2012

Lima - Perú
2012

DEDICATORIAS

**A Julia y a los nuestros:
Guido Julio y Cristina Abigail**

**A mi madre y a la memoria de Cosme
Torres, mi padre**

Al Cusco eterno

Al pueblo de Abancay

AGRADECIMIENTOS

- ? **A la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y a los profesores de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Psicología por darnos la oportunidad de superarnos.**

- ? **Al Dr. Nicolás Medina Curi por su valiosísimo asesoramiento**

- ? **A los doctores: César Sarria y Carlos Arenas por sus aportes y precisiones para optimizar esta investigación**

- ? **A los psicólogos de los establecimientos de salud de Cusco y Abancay por su colaboración en la colecta de datos**

- ? **A las autoridades de salud de Cusco y Abancay**

- ? **A mi esposa y a mis hijos por su comprensión y apoyo**

- ? **A todos quienes aceptaron participar en la aventura de esta investigación**

RESUMEN

La investigación que se presenta estudia los factores que se encuentran asociados a la depresión de pacientes de atención primaria en las ciudades de Cusco y Abancay, estudio que nos permite además, conocer comparativamente los niveles generales de la depresión, sus características según género, procedencia, etapa vital, nivel de educación y ocupación. Se encuentra que el lugar de procedencia, el nivel de educación y la ocupación, son factores significativamente asociados a la depresión ($p = 0,00$ en los tres casos). Sólo una cuarta parte de la muestra total no presenta el problema, el resto refleja algún nivel de depresión; la depresión leve es la de mayor incidencia, seguida de la depresión moderada y la grave que se presenta en la quinta parte de la muestra total del estudio. Hay mayores porcentajes en todos los niveles de la depresión en la muestra de sujetos provenientes de Cusco que de Abancay; en el caso del nivel grave, la presencia de la depresión es al doble en Cusco que en Abancay. En todos los niveles, la depresión se presenta con mayor incidencia en la muestra de cusqueños que de abanquinos, y de cusqueñas en relación a las abanquinas. La depresión leve es mayor en los adolescentes abanquinos que en los cusqueños; pero es mayor en los adultos cusqueños que en los abanquinos. La depresión moderada similar en ambas muestras, y la grave es mayor en adolescentes y en adultos cusqueños. En general, la depresión es mayor en los de educación escolar frente a los de educación superior y es menor en los que tienen trabajo estable que en los que estudian o tienen trabajo eventual.

Palabras clave: Depresión, niveles de depresión, factores asociados a la depresión, Inventario de Depresión de Beck (IDB).

ABSTRACT

The research examines the factors that are associated with depression in patients that are cared in primary care facilities of Cusco and Abancay. This also allows us know comparatively general levels of depression, their characteristics by gender, origin, life stage, education level and occupation. We found that the place of origin, educational attainment and occupation, are significant factors associated with depression ($p = 0.00$ in all three cases). Only one quarter part of the total sample does not exhibit the problem, the rest reflects some level of depression, mild depression has the highest incidence, followed by moderate depression and severe than is presented in the fifth of the total study sample. There are higher percentages all levels of depression in the sample subjects from Cusco, in the case of serious level, the presence of depression is twice in Cusco compared to Abancay. At all levels, the depression occurs with highest incidence in the sample of male cusqueniens compared to male abanquineans, and in the female cusqueniens compared to female abanquineans. Mild depression is higher in adolescents from Abancay compared to cusqueniens adolescents, but is higher in adults from Cusco compared to abanquineans adults. Moderate depression is similar in both samples and severe depression is higher in adolescents and adults from Cusco. In general, depression is higher in persons of school education, compared to persons of professional education; and is lower in persons with stable work compared with persons who study or have temporary work.

Keywords: depression, depression levels, associated factors to depression, Beck Depression Inventory (BDI).

ÍNDICE GENERAL

Resumen

Índice

Introducción

CAPÍTULO I: Problema

1.1		Pla
	nteamiento del problema.....	12
1.2	Justificación.....	16
1.3	Objetivos	16
1.4	Limitaciones.....	17

CAPÍTULO II: Marco Teórico

2.1	Antecedentes.....	18
	2.1.1 Investigaciones nacionales.....	18
	2.1.2 Investigaciones internacionales.....	22
2.2	Bases teóricas del estudio.....	23
	2.2.1 Concepto y características de la depresión.....	23
	2.2.2 Causas de la depresión.....	29
	2.2.3 Teorías de la depresión.....	32
	2.2.4 Salud mental y depresión	44
	2.2.5 Atención primaria de la salud.....	46
2.3	Hipótesis.....	52
	2.3.1 Hipótesis general.....	52
	2.3.2 Hipótesis específicas.....	53
2.3	Definición de variables... ..	53

CAPÍTULO III: Método

3.1	Tipo de investigación y diseño.....	55
3.2	Población y muestra.....	57
3.3	Instrumento de recolección de datos	64
3.4	Procedimiento de recolección de datos	66
3.5	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	67

CAPÍTULO IV: Presentación y Análisis de los Resultados

4.1	Presentación de resultados.....	68
4.2	Análisis y discusión de los resultados	85

CONCLUSIONES.....	97
--------------------------	-----------

SUGERENCIAS.....	99
-------------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
--	------------

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la población de pacientes con atención primaria de Cusco y Abancay	58
Tabla 2: Distribución de la muestra de pacientes con atención primaria de Cusco y Abancay.....	59
Tabla 3: Distribución de la población por procedencia y género.....	60
Tabla 4: Distribución de la población por ciudad de procedencia y etapa de vida.....	61
Tabla 5: Distribución de la población por ciudad de procedencia e instrucción.....	62
Tabla 6: Distribución de la población por ciudad de procedencia y ocupación.....	63
Tabla 7: Niveles de depresión de la muestra total (Cusco/Abancay).....	69
Tabla 8: Niveles de depresión por ciudad (Cusco/Abancay).....	71
Tabla 9: Niveles de depresión por género y procedencia.....	72
Tabla 10: Niveles de depresión por etapa vital y procedencia.....	74
Tabla 11: Niveles de depresión por instrucción y procedencia.....	76
Tabla 12: Niveles de depresión por ocupación y procedencia.....	77
Tabla 13: Prueba T para muestras independientes por ciudad de procedencia.....	79
Tabla 14: Prueba T para muestras independientes por género.....	79
Tabla 15: Prueba T para muestras independientes por etapa vital.....	80
Tabla 16: Prueba T para muestras independientes por instrucción..	81
Tabla 17: ANOVA de un factor según ocupación.....	82
Tabla 18: Comparaciones múltiples según ocupación.....	82
Tabla 19: Factores asociados a la depresión.....	83

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Diagrama del diseño de investigación.....	57
Gráfico 2: Distribución de la población de pacientes con atención primaria de Cusco y Abancay.....	58
Gráfico 3: Distribución de la muestra de pacientes con atención primaria de Cusco y Abancay.....	59
Gráfico 4: Distribución de la muestra por procedencia y género.....	60
Gráfico 5: Distribución de la muestra por procedencia y etapa de vida.....	61
Gráfico 6: Distribución de la muestra por procedencia e instrucción.....	62
Gráfico 7: Distribución de la muestra por procedencia y ocupación.....	63
Gráfico 8: Niveles de depresión de la muestra total (Cusco/Abancay).....	70
Gráfico 9: Niveles de depresión por ciudad (Cusco/Abancay).....	71
Gráfico 10: Niveles de depresión por género y procedencia.....	72
Gráfico 11: Niveles de depresión por etapa vital y procedencia.....	74
Gráfico 12: Niveles de depresión por instrucción y procedencia.....	76
Gráfico 13: Niveles de depresión por ocupación y procedencia.....	78

INTRODUCCIÓN

La preocupación cada vez mayor por la salud mental, particularmente la depresión, en el mundo y en el país, ha llevado a muchos estudiosos investigar en este campo. La depresión, considerada como un problema de salud mental de impacto social, afecta significativamente en una determinada población. A nivel mundial, la depresión afecta hoy a más de 121 millones de personas, según informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007). En tanto que el denominado Episodio Depresivo Mayor, que se caracteriza por una condición duradera del trastorno, tiene carácter de epidemia en muchos países; dicha información se encuentra en la Revista Epidemiológica BMC Medicine (2011), la cual reunió datos de 18 países entre los cuales no está el Perú, sin embargo, las estimaciones indican que la depresión afecta aproximadamente al 20% de peruanos.

El reconocimiento de la depresión como principal causa de discapacidad en el mundo, hace que este problema de la salud humana, sea de particular interés de muchos, por su complejidad en la sociedad actual. La gran mayoría de personas con depresión en nuestro país y, particularmente, en las regiones como Cusco y Apurímac, no asisten a los centros asistenciales o establecimientos de salud, aun cuando estos estén a su alcance.

El propósito del presente estudio es analizar la depresión en algunos sectores de la población de las ciudades del Cusco y Abancay, ubicados en el interior del país. Interesa mucho conocer algunos de los factores asociados con este mal. Aun cuando estas dos

ciudades se desarrollen en el interior del Perú, que supone un ambiente de tranquilidad, la depresión se presenta de distintas maneras en ambos lugares. Cusco es una ciudad de una zona geográficamente alta, con mucho frío y épocas significativas con presencia de lluvia. Abancay más bien es una ciudad templada, casi cálida, con interesantes cambios migracionales como consecuencia del apogeo minero y de la carretera interoceánica. También se observan otros factores, como el nivel de educación y la ocupación, que son significativamente importantes en el desarrollo de la depresión en pobladores de ambas regiones. La desocupación, el dejar de trabajar, o hacerlo eventualmente, son causales de la presencia de la depresión tanto en jóvenes cuanto en adultos.

Para evaluar e identificar los niveles de depresión en la muestra de estudio, conformada por 1470 sujetos, se ha recurrido al Inventario de Depresión de Beck (IDB), instrumento diseñado para evaluar la gravedad de la depresión mediante autovaloraciones. Sus 21 ítems evalúan un amplio espectro de síntomas depresivos: cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos. El IDB presenta mayor porcentaje de ítems cognitivos, que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck.

La investigación está estructurada en cuatro capítulos. En el primero se expone e identifica el problema de la investigación, articulándolo con las necesidades de la realidad cusqueña y abanquina; también se justifica la investigación y se formulan los objetivos. El segundo capítulo constituye el eje teórico de la investigación, en el que se presentan los antecedentes y las bases teóricas del estudio; además, se definen las variables implicadas. El tercer capítulo es el eje metodológico, en el que se planea el tipo de investigación, de tal manera que propicie procedimentalmente una respuesta adecuada al problema de investigación, por medio de los procedimientos científicos pertinentes; también, se describe la población y muestra, el instrumento implicado en la investigación y el procedimiento para recolectar los datos. Finalmente, en el capítulo cuarto se presentan los resultados estadísticos y se realizan las interpretaciones y los análisis de los mismos. Luego se exponen las conclusiones y sugerencias, sobre la base de los resultados obtenidos.

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación surge de la necesidad de contar con información válida y confiable sobre los factores asociados con la depresión de los pobladores de las ciudades de Cusco y Abancay. Dicha información constituye un aspecto importante para la promoción de la salud mental individual y pública, en general. La depresión es un problema de salud mental de impacto social, en la medida que afecta significativamente en una determinada población, particularmente en las mujeres. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud - OMS (2007), informó que la depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo. En la actualidad, 121 millones de personas sufren depresión y la carga que representan las enfermedades depresivas va aumentando. La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número podría incrementarse si se presentan otros factores, como enfermedades médicas o situaciones de estrés. Se sabe que a nivel mundial la incidencia de esta enfermedad es hasta dos veces más alta en las mujeres que en los hombres. También se observa que la depresión afecta cada vez más a los jóvenes. Un informe del Ministerio de Salud de Chile (2003) señaló que los trastornos depresivos afectan alrededor de un 7.5% de la población general, y casi un 30% de las personas consultantes son del nivel primario de atención.

Por otro lado, se sabe que la dependencia del alcohol y de otras sustancias, y también los suicidios, son problemas cada vez más difundidos que guardan estrecha relación con la depresión. A nivel mundial, 70 millones de personas sufren trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Cada año se suicidan más de 800,000 personas. Del mismo modo, Miller y Smith (2004) indicaron que el 43% de los adolescentes tienen reacciones adversas en su salud debido al estrés. Entre el 75 a 90% de las consultas son por problemas y quejas relacionados con el estrés, considerado como una de las seis principales causas de muerte en las personas adultas, entre las que se cuentan las enfermedades cardíacas, cáncer, problemas pulmonares, accidente y cirrosis del hígado.

En nuestro país se ha podido observar que en algunas localidades del Cusco y Abancay, en los últimos años, se han presentado graves problemas de depresión, reflejadas en diversas formas como intentos de suicidio y en la materialización de éstos. Este problema se presenta en niños, adolescentes, adultos y ancianos, no sólo de las ciudades de Cusco y Abancay, sino del interior de estas provincias. Esta situación es un motivo importante para realizar el presente estudio, en consideración a que mediante ello se podrá conocer mejor el estado real de este problema, y dar la voz de alerta para que el problema de la depresión se convierta en un asunto multisectorial y de afrontamiento multidisciplinar, a través de acciones preventivas.

Las condiciones y características actuales de la sociedad peruana, enmarcada dentro de la realidad mundial con desarrollo global, permiten avizorar cambios en nuestro país; de modo que, Cusco y Abancay no pueden estar fuera de este contexto de cambio socio cultural. Estas regiones han crecido mucho en cantidad de pobladores, infraestructura, vías de acceso, industria, unidades motorizadas, entre otros, y, particularmente, la industria del turismo que crece a pasos agigantados en la ciudad del Cusco.

Aun cuando la sociedad ofrezca hoy mayores alternativas de trabajo, fruto del desarrollo de la ciencia y la tecnología, posiblemente estas no sean satisfactorias o no

respondan a las verdaderas necesidades, de acuerdo a los intereses de los pobladores que se desarrollan en esas regiones. Además, se puede observar una sociedad que se desarrolla dentro de un gigante sistema con una serie de factores influyentes, el mayor de estos que no sólo presiona a la familia sino al individuo, es la economía mundial inflacionaria, junto con otros sistemas de influencia como el sistema laboral, el de los grupos de adolescentes y jóvenes, la familia extensa y, por supuesto, la dinámica de la familia nuclear, incluidos los subsistemas que existen dentro de ella, como la relación padre – hijo(a) o madre – hijo(a) o marido – mujer (Napier y Whitaker, 1980). En suma, existe una serie de circunstancias que obligan a las personas, que se desenvuelven dentro de la sociedad cusqueña y abanquina, a desarrollar muchos conflictos, particularmente de orden depresivo, que responden no a una problemática individualizada. También se encuentra una sociedad con una serie de particularidades, en donde se presentan desigualdades sociales, económicas y culturales – muchas veces disfrazadas con mil argumentos religiosos o políticos– que alimentan formas de violencia individual o colectiva, en las cuales, a veces, es difícil precisar dónde empieza y dónde termina lo instintivo y lo cultural (Centro Guamán Poma de Ayala, 2001).

En la Región Cusco, de acuerdo con los registros que se encuentran en la Dirección Regional de Salud, se han atendido 6903 casos con trastornos depresivos, cantidad que representa el 27.3% del total de trastornos mentales durante el año 2003. De estos, el 18.3% se encuentra en edad adolescente (Dirección Regional de Salud del Cusco, 2003). En lo que respecta al año 2004, en los meses de enero a marzo, la Dirección de Salud del Cusco, registró 1,767 casos con trastornos depresivos atendidos, que representa el 38.9% del total de trastornos mentales presentados, de estos el 17% son adolescentes. Los otros trastornos mentales registrados son: Violencia intrafamiliar y abuso del consumo de alcohol (Dirección de Salud del Cusco, 2004).

El informe anual de la Dirección Regional de Salud del Cusco (DIRESA Cusco), consideró que la depresión es un trastorno que afecta diversos aspectos de la persona, como lo emocional, físico, laboral, relacional, cognitivo y afectivo; y ello hace que sea un trastorno multicausal, de igual forma también afecta los modos saludables de afrontamiento al estrés. La depresión se expresa a través del desorden emocional, desarreglo, bajo

rendimiento laboral o trabajo indisciplinado, aislamiento, poca o nula creatividad, donde el sujeto se siente mal, con desesperanza y manifestando que no vale. Este trastorno está determinado por factores medioambientales, socioculturales y psicosociales que interactúan en el desarrollo cotidiano de los pobladores del Cusco. La comorbilidad de estos factores ha generado una serie de problemas en el ámbito personal, académico y familiar, desencadenando así otros trastornos en la persona (DIRESA, 2009). Según la Dirección de Estadística e Informática y Telecomunicación de la Dirección de Salud del Cusco, durante el año 2009 se han diagnosticado un total de 10,546 casos de trastornos depresivos, y en el año 2010, un total de 13,105 casos (DIRESA, 2010).

En tanto que en la Región Apurímac, que tiene 446,800 habitantes y la provincia de Abancay tiene un total de 105,467 habitantes (INEI, 2010), los registros de la Dirección Regional de Salud de Apurímac han informado que durante el año 2009 han sido atendidos 5,210 casos con trastornos depresivos y 142 casos de intentos de suicidio. Otros trastornos mentales registrados son: Violencia intrafamiliar (5,988 casos) y abuso del consumo de alcohol (Dirección Regional de Salud de Apurímac, 2009).

Por todo ello se considera importante estudiar comparativamente los factores que se encuentran asociados a la depresión, en el sentido de cómo se manifiesta, que padecen los pobladores de las ciudades de Cusco y Abancay. En esa perspectiva se pretende analizar los problemas que siguen:

¿Qué factores estarían asociados con la depresión en pacientes con atención primaria de salud en las ciudades del Cusco y Abancay?

¿Cuáles son los niveles generales de depresión de los pobladores de Cusco y Abancay?

¿Qué características tienen los niveles de depresión según procedencia?

¿Qué características tienen los niveles de depresión según género?

¿Qué características tienen los niveles de depresión en los adolescentes y en los adultos?

¿Qué características tienen los niveles de depresión en el nivel escolar y el nivel superior?

¿Qué características tienen los niveles de depresión según ocupación?

1.2 JUSTIFICACIÓN

El estudio se justifica en la medida que busca una aproximación más objetiva al fenómeno y los factores asociados en el sentido de conocer cómo se manifiesta la depresión para que ello no afecte potencialmente a los sujetos de Cusco y Abancay. Esto permitirá informar a la ciudadanía y las autoridades correspondientes para que puedan tomar las medidas pertinentes de elaboración de programas preventivos que fomenten la calidad de vida de los pobladores de las ciudades del Cusco y Abancay, dirigidas a disminuir situaciones estresantes. En tal sentido, los resultados de esta investigación permitirán sugerir alternativas de optimización del desarrollo emocional de los pobladores de ambas ciudades a través de programas preventivo – promocionales, que deben partir por iniciativa de las autoridades del sector salud de ambas regiones. Los principales beneficiarios de los resultados de este estudio serán los pobladores de Cusco y Abancay, así como también serán beneficiarios quienes asumen los diversos roles de dirección en el sector salud de las dos regiones.

1.3.1 OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir y comparar los factores asociados a la depresión en pacientes con atención primaria de salud de las ciudades de Cusco y Abancay.

Objetivos específicos:

- a. Identificar los niveles generales de depresión de los pobladores de Cusco y Abancay
- b. Identificar los niveles de depresión de los pacientes de Cusco y Abancay, según procedencia

- c. Identificar los niveles de depresión de los pacientes de Cusco y Abancay, según género
- d. Identificar los niveles de depresión de los pacientes adolescentes y adultos de ambas ciudades.
- e. Conocer la depresión de los pacientes de nivel de educación escolar y superior de las mencionadas ciudades.
- f. Identificar los niveles de depresión de los pacientes de dichas ciudades, según la ocupación.

1.4 LIMITACIONES

La limitación de la presente investigación está relacionada a la posibilidad de generalización de resultados, toda vez que las muestras representan a las ciudades de Cusco y Abancay, por lo que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a otras ciudades.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.2.1 Investigaciones nacionales

Arregui en el año 1989, hace una investigación buscando responder a si la depresión es más frecuente en la altura, intenta conocer en qué medida la altura afecta el estado afectivo emocional de la persona o cuáles son los efectos de vivir en zona alta sobre la depresión. Compara la frecuencia de síntomas asociados a la depresión y el mal de montaña crónico (MMC). Trabajó con 145 trabajadores del sector eléctrico nacional que laboran en las alturas de la Central Hidroeléctrica del Mantaro (2,700 – 3,400 metros sobre el nivel del mar) y con 223 trabajadores que laboran en la Central Receptora de Electricidad de San Juan de Miraflores en Lima (110 metros sobre el nivel del mar). En ambos grupos se calcularon puntajes de depresión y del mal de montaña crónico (MMC). Encontró que los trabajadores de altura tenían mayor frecuencia de percepción de salud alterada y también una mayor frecuencia de síntomas de depresión y del mal de montaña crónico, estos reflejaban poca disposición emocional, aislamiento, algunos problemas laborales, como que el hecho de trabajar en una zona alta del Mantaro, había afectado su estado afectivo

emocional. En suma, los trabajadores de la Central Hidroeléctrica del Mantaro (zona alta) tuvieron los puntajes más altos de depresión y de MMC, estos resultados le han permitido al investigador, sugerir que la depresión pudiera ser más frecuente entre trabajadores que laboran en la altura en condiciones de hipoxia crónica.

Perales, Sogi, Sánchez, Salas, Bravo y Ordóñez (1999), del Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi – Honorio Delgado, analizaron las variables asociadas a conductas de riesgo en adolescentes en el marco de un enfoque preventivo de estilos de vida perjudiciales. Para ello, utilizaron una encuesta de salud mental aplicada en hogares seleccionados aleatoriamente en tres localidades de la ciudad de Lima. Se compararon las condiciones de vida y características individuales de aquellos que presentan conductas problema con las de aquellos que no las presentan. Las conductas de riesgo se asociaron significativamente a: Madre con bajo nivel de educación, mala relación familiar, relación dual de pareja con amigo consumidor de sustancias, sexo masculino entre 15 y 17 años y el hábito de ver televisión, lo que aumenta su potencial destructivo y torna preocupante el devenir del adulto de la población adolescente afectada.

Palomino (2001) realizó un estudio sobre los niveles de ansiedad según tipos de personalidad en pacientes pre operatorios en el Hospital de ESSALUD del Cusco, tuvo como objetivo demostrar correlación entre los niveles de ansiedad y los tipos de personalidad en este tipo de pacientes. Para ello utilizó el test de Zung y el MMPI. Trabajó con una muestra de 81 varones y 174 mujeres, encontrando ansiedad moderada en el 27% de varones y en el 20% de mujeres; ansiedad máxima en el 11% de ambas muestras; y ansiedad mínima en el 38% de varones y 48% de mujeres. En cuanto a la personalidad, en general, encuentra el tipo melancólico en el 22% de la muestra; sanguíneo, en el 19%, y melancólico, en el 46%. Al correlacionar ambas variables encuentra una r de -0.30 . La conclusión más importante es que los niveles de ansiedad generados en el transcurso pre quirúrgico tienen correlación con el tipo de personalidad del paciente. Concluye también que existe un mayor porcentaje de niveles de ansiedad en el tipo de personalidad melancólico (92,1%) en varones y mujeres. Finalmente concluye que el nivel de ansiedad moderado está más presente en pacientes melancólicos.

Díaz (2001) estudió descriptivamente las características de personalidad, niveles de ansiedad y depresión en una muestra de 71 pacientes (43 mujeres y 28 varones) con diagnóstico de enfermedades cardiovasculares del Servicio de Medicina del Hospital Antonio Lorena del Cusco. Utilizó como instrumentos de recolección de datos el Cuestionario Caracterológico de Gaston Berger, la Escala de Autoevaluación de Ansiedad y Depresión de Zung, además de un formato de historia clínica psicológica utilizado en el Hospital en donde se desarrolló la investigación. Como resultados encontró que más del 58% de mujeres tiene ansiedad marcada severa y más del 33%, ansiedad máxima; en el caso de los varones, un 47% presenta ansiedad marcada severa y otro 47%, ansiedad máxima. En cuanto a la depresión encuentra al 45% del total de la muestra con depresión marcada severa; y a más del 53%, con depresión en su grado máximo. El tipo predominante de personalidad en la muestra de estudio, es el sentimental. Se concluye que el tipo de personalidad predominante en pacientes con enfermedades cardiovasculares, es el sentimental. La depresión se presenta en un nivel de grado máximo; y, la ansiedad, marcada o severa.

En la revista Anales de Salud Mental del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, se presenta el informe resumen del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002, dentro del mismo se hace referencia a un estudio realizado en el distrito de Magdalena en 1996 que encontró importantes indicadores suicidas en adolescentes, estando presente la ideación en un 16.1% de la muestra y con un 3% que había intentado suicidarse alguna vez. Refiere también que en otro estudio epidemiológico se encontró deseos de morir en algún momento entre el 16% y 24.4% de adolescentes siendo más alta en las zonas urbano-populares del Rímac, Santa Anita, y la urbana de Magdalena. En adultos un estudio realizado en la urbanización popular Los Ángeles del distrito del Rímac, encontró una prevalencia de ideas e intentos suicidas de 6,5 y 8.4% respectivamente (Instituto Nacional de Salud Mental, 2002).

Por otro lado, Gonzales (2003) realizó una investigación que tuvo como propósito relacionar niveles de depresión y tipos de personalidad en estudiantes de psicología de una universidad de la ciudad del Cusco. Para ello utilizó el Cuestionario Caracterológico de Gaston Berger y la Escala de Autovaloración de la Depresión (EAMD) de Zung. La población estuvo conformada por 57 estudiantes, entre mujeres y varones, encontrando que sí existe una mínima correlación positiva entre niveles de depresión y tipos de personalidad. Encuentra también que el tipo de personalidad predominante es el flemático. Concluye que entre las condicionantes para que se manifieste presencia de algún nivel de depresión, se encuentra algún tipo de personalidad, por tanto, éste constituye factor determinante.

Astete, Gastanaga, Fiestas, Oblitas, Sabastizagal, Lucero, Abadie, Muñoz, Valverde y Suárez, desarrollaron una investigación que se propuso determinar la prevalencia de enfermedades transmisibles, salud mental y exposición a contaminantes ambientales en la población aledaña al proyecto minero Las Bambas, en el año 2006. Este fue un estudio descriptivo transversal realizado en 453 personas residentes en tres distritos de la región Apurímac: Haqira, Chalhuahuacho y Progreso. Se evaluó el desarrollo psicomotor, coeficiente intelectual y niveles de ansiedad y depresión, así como la presencia de enfermedades transmisibles, metales pesados y colinesterasa sérica. En cuanto a salud mental encontraron que el 34,3% de los mayores de 12 años sufrían de ansiedad y 17,5% de depresión. Dentro de las conclusiones a las que arribaron se encuentra que existen evidencias de contaminación ambiental por metales pesados y presencia de enfermedades en esta población. Una futura explotación minera irresponsable podría agravar dicha situación.

En el primer semestre del año 2007 la Dirección Regional de Salud del Cusco registra 3335 casos de individuos con problemas de salud mental en las provincias de Paruro, Quispicanchis, Paucartambo, Chumbivilcas y Espinar (provincias altas), de los cuales 331 presentan depresión y 17 intento de suicidio, además de 21 muertos como consecuencia de problemas de salud mental (Dirección Regional de Salud, 2007).

Riveros, Hernández y Rivera (2007) realizaron una investigación sobre el nivel de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La muestra representativa estuvo formada por 500 estudiantes universitarios de la UNMSM, distribuidos por género y por bloque académico. Se evaluó la prevalencia de la depresión y la ansiedad mediante la prueba denominada HADS, constituida por siete ítems para cada trastorno, con un puntaje de 0 a 3, traducida al español, obteniendo los siguientes resultados: Un 86.93% no presenta depresión; 9.7%, depresión leve; 2.8%, depresión moderada, y 0.05%, depresión severa. La investigación concluye que la depresión se manifiesta con mayor intensidad en mujeres que en varones: 15,35% (depresión leve) y 2,30% (depresión moderada), frente a un 5,30 % (depresión leve) y un 2,30% (depresión moderada), respectivamente; la ansiedad también es mayor en mujeres que en hombres, con una media de 9,25 frente a 8,97, respectivamente.

Según la Dirección Regional de Salud de Apurímac, se sabe que en el año 2009, se atendieron más de 5,000 casos de trastornos depresivos y se detectaron casi 150 intentos de suicidio (Dirección Regional de Salud de Apurímac, 2009).

2.1.2 Investigaciones internacionales

Gómez en el año 2001, hace un estudio sobre la prevalencia de la depresión y factores asociados en Colombia, en su estudio descriptivo de corte transversal, trabaja con una muestra de 1116 adultos mayores de 18 años de uno u otro sexo, en sus resultados encuentra que de las personas estudiadas, 10,0% presentaron algún episodio depresivo en los 12 meses previos a la encuesta y 8,5%, sufrieron alguno durante el último mes. Hubo una mayor proporción de mujeres con depresión en ambos períodos. Más de 50% de los episodios fueron moderados, tanto en hombres como en mujeres, y las mayores prevalencias se encontraron en las personas mayores de 45 años. Los factores asociados con la depresión en el último mes fueron ser mujer, considerar el estado de salud propio como regular o malo, sufrir de dolores o molestias, tener dificultades en las relaciones interpersonales, consumir marihuana o sustancias adictivas, medicamentos estimulantes o calmantes, tener dependencia del alcohol, o estar desempleado con discapacidad. Llega a la conclusión que la depresión es una afección frecuente en Colombia y que se deben poner en

marcha medidas dirigidas a reducir el riesgo de depresión, especialmente en mujeres y en personas mayores de 45 años de edad.

Acosta y García (2007) desarrollaron un estudio no experimental sobre la ansiedad y depresión en adultos mayores, con el objetivo de determinar el funcionamiento psicológico en ésta etapa. El estudio fue realizado en 82 sujetos adultos mayores, cuyas edades fluctúan entre los 52 hasta los 89 años, y que pertenecían a grupos pensionados y jubilados en la ciudad de Navojoa (Sonora-México). La aplicación de los test de GDS y Beck para la ansiedad y depresión respectivamente, fue de manera individual. Con respecto a los resultados obtenidos se encontró que un 42% del total mostraban indicadores de depresión, no así el 58%. Con respecto al nivel de ansiedad manifestado por los sujetos el 48% sufrían un nivel mínimo de ansiedad, el 32% un nivel leve, el 17% un nivel moderado, y el 3% un nivel severo de ansiedad. La conclusión a la que se llegó es que predominó la depresión media y no hubo diferencias en cuanto al género.

Habiendo revisado los antecedentes a continuación se presentan las bases teóricas que sustentan la investigación.

2.2 BASES TEÓRICAS DEL ESTUDIO

2.2.1 Concepto y características de la depresión

La depresión es uno de los problemas más serios dentro de la salud mental, particularmente en el Perú. Su alta frecuencia en los últimos años hace que muchos de los profesionales comprometidos con la salud de los individuos, se tengan que preocupar y convertirse en promotores de una salud equilibrada siendo partícipes de su solución a través de actividades preventivo promocionales.

La utilización del término *depresión* es muy antigua, pues se remonta hacia aproximadamente 400 años atrás. En el transcurso del tiempo el término fue evolucionando hasta definirse e identificarse como una enfermedad. Sus orígenes se remontan muchos años atrás cuando el cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época

Greco Romana con el nombre de melancolía. En el siglo IV, a. C., Hipócrates sostenía que los problemas que hoy se llaman psiquiátricos estaban relacionados a la reacción conjunta de los cuatro humores por todos conocidos; y que la melancolía estaba producida por la bilis negra.

En la actualidad, el término *depresión* se emplea para nombrar una enfermedad mental relacionada con un sentimiento de infelicidad que experimenta un individuo, según el tipo de personalidad y edad. En forma ocasional, la infelicidad produce, o va asociada, a un estado mental de depresión, estado que incluye algo más que la tristeza, porque también implica cambios en el aspecto de la actitud, la conducta y el pensamiento. Este estado de depresión puede ser muy leve y casi insuficiente para justificar un diagnóstico; en otros casos, si es acentuado, puede convertirse en una dolencia, especificándose sus síntomas; en casos más severos se convierte en una enfermedad que puede llevar a la persona a la muerte. Según Gaviria (1991), la mayoría de personas experimentan episodios periódicos de tristeza, dependiendo ello de su personalidad y estilo adaptativo; sin embargo, la depresión clínica es de mayor severidad y duración, en la que los pacientes se distinguen por el grado en que manifiestan síntomas específicos. La elevada incidencia de depresión, la gravedad de su morbilidad en términos de suicidios y los beneficios potenciales del tratamiento, hacen imperativa una evaluación de cada paciente (Perales, Zambrano, Vásquez y Mendoza, 1991).

Desde el punto de vista psicológico, la concepción más frecuente de depresión es aquella que considera la depresión como un estado psíquico de abatimiento y, a veces, de postración, que suele acompañarse, en el aspecto somático, de astenia, disminución o descenso de la actividad funcional (pesimismo y tristeza) y, muchas veces, en el retardo psicomotor. Básicamente es una alteración del estado de ánimo que se configura principalmente en torno a la acentuación del proceso de inhibición, acompañada de disminución de la motivación y de la autovaloración, que involucra todo el comportamiento de la persona en diferentes grados (Bustos, 1998).

Las definiciones pueden dar una idea general de lo que significa el término y todas están fundamentadas, en la práctica, en un síntoma muy característico de esta enfermedad, la tristeza. El estar triste y sentirse deprimido se utilizan como síntomas principales. La depresión, entonces, es un estado de tristeza, es la falta o el déficit de energía psíquica. Gonzales (2003) refiere que la energía psíquica es aquella fuerza que vivifica y anima, y que procede de unas relaciones satisfactorias con el ambiente y con uno mismo. Producir energía psíquica es sinónimo de sincronizar con lo que se tiene alrededor o a través de unas relaciones satisfactorias. Entonces el secreto de este sentir de la felicidad no es otro que mantener el equilibrio y sincronizar con la naturaleza y con todo lo nos rodea. Freud, por su parte, consideraba que en el centro de la psique existe una fuerza llamada libido, y ésta es la que nos hace mantener el equilibrio o la felicidad. Otra definición no menos importante es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que describe la depresión como psicosis afectiva, en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza con algún grado de ansiedad. La actividad está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares.

El DSM–IV TR describe el trastorno depresivo mayor cuya característica esencial es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo no se toman en cuenta los episodios anómalos del estado de ánimo por la ingesta de sustancias, ni los del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por presencia de un trastorno esquizoafectivo, y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. También se debe tener en cuenta si se trata de un episodio único (sólo para los primeros episodios) o recidivante (dos o más episodios). Algunas veces es difícil distinguir un episodio único con síntomas fluctuantes de dos episodios independientes. El manual del DSM-IV TR considera que ha terminado un episodio cuando no se han cumplido los criterios completos para un episodio depresivo mayor al menos dos meses seguidos.

Se indica también el estado actual de la alteración. Si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, se indica la gravedad del episodio como leve, moderado, grave, sin síntomas psicóticos o graves con síntomas psicóticos. Si se presenta un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco en el curso de un trastorno depresivo mayor, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar; sin embargo, si los síntomas maníacos o hipomaníacos aparecen como efecto directo de un tratamiento antidepresivo, del consumo de otros medicamentos, del consumo de sustancias o de la exposición a tóxicos, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor; de igual modo, si los síntomas se producen como efecto directo de una enfermedad médica.

Dentro de la sintomatología de la depresión se nombran los sentimientos de culpa, de insuficiencia, la fatiga, disminución del interés (motivacional) y de la energía, dificultad en la concentración, disminución de la autoestima, los trastornos del apetito y del sueño, y una variedad de afecciones somáticas y muchas veces hasta intentos de suicidio (Mendoza, Saavedra, Arévalo, Cortez, Galindo, Hajar, Marchena, Mazzotti y Uribe, 2000).

En relación a las características principales de la depresión Gaviria (1991) considera: Sentimiento de disforia descrita como tristeza o decaimiento (algunos están ansiosos e irritables), sentimientos de desesperanza (nada los puede ayudar), disminución clara y hasta pérdida del placer, de la capacidad de trabajo e interés en pasatiempos, problemas en las relaciones interpersonales incluso las sexuales, cambios en el apetito o el peso del cuerpo, aunque puede darse un aumento del consumo de alimentos, disminución del tiempo total de sueño, retardo psicomotor que se manifiesta por movimientos lentos, respuestas demoradas al interrogatorio, lenguaje lentificado, aunque algunos presentan inquietud psicomotriz como caminar constante, aumento del fumar, ansiedad, forzamiento de manos y desasosiego; dificultades cognoscitivas como disminución de la atención, incapacidad para completar tareas o tomar decisiones, sentimientos excesivos de culpa, y la rumiación obsesiva de acontecimientos pasados que ocupa gran parte de sus pensamientos. (Perales et al., 1991)

Klerman (1980) consideró que además de la perturbación del humor, la psicopatología de la depresión tiene como características el deterioro en el funcionamiento corporal, perturbación del sueño, del apetito, del interés sexual, disminución de la actividad del sistema nervioso autónomo y gastrointestinal, disminución del deseo y la habilidad para desenvolverse en los roles sociales esperados, en el ámbito de la familia, del trabajo, el matrimonio o el colegio; ideación o acto suicida; alteración de la conciencia de la realidad evidenciada por delusiones, alucinaciones o confusión.

La depresión no sigue un curso común, algunos alternan con puntos normales, y otros son más constantes, algunas depresiones se desvanecen con el tiempo, incluso sin terapia; pero otras continúan y no responden ante los tratamientos comunes. Las personas que se recuperan de trastornos profundos propenden a hacerlo en los primeros meses de terapia. Este estado de depresión puede ser muy leve y casi insuficiente para justificar un diagnóstico. En otros casos, si es acentuado, puede convertirse en una dolencia, especificándose sus síntomas. En otras se convierte en una gran enfermedad que puede llevar a la persona a la muerte por abandono o por suicidio. Wats citado por Alarcón (1972) en cuanto se refiere a su presencia, considera que las cifras son, hasta cierto punto engañosas y solo muestran la pequeña parte visible del iceberg estadístico: 0.12 pacientes por cada mil cometen suicidio, dos por mil son vistos por psiquiatras, 12 a 15 por mil vistos por otros especialistas, en tanto que el más voluminoso segmento, fondo del iceberg estimado en 150 personas por cada mil, están constituidos por aquellos que nunca consultan a los especialistas.

Según Broadhead, Blazer, George y Tse (1990), una proporción que concurre a los servicios de salud general y a los niveles de atención primaria, presentan en sus cuadros clínicos síntomas depresivos insuficientes en número o intensidad para los criterios exigidos en el diagnóstico de trastorno. Asimismo, tales pacientes suelen presentar una serie de quejas somáticas, con cuadro mixto ansioso depresivo o con aquellas manifestaciones descritas como “depresión enmascarada”. Las encuestas en servicios de atención primaria indican que la prevalencia de síntomas depresivos sin diagnóstico oscilan entre el 5.7 % y el 11.2 %.

Según el DSM-IV TR, dentro de las características y trastornos mentales asociados, se considera que el trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta. Los sujetos con este trastorno, y que mueren por suicidio, llegan al 15%. Los datos epidemiológicos también sugieren que las tasas de muerte en sujetos con trastorno depresivo mayor, que tienen más de 55 años, aumentan hasta cuadruplicarse. En cuanto a las características específicas relacionadas con la cultura, los estudios epidemiológicos sugieren que los individuos nacidos entre 1940 y 1950 parecen tener una edad de inicio menor y un riesgo de presentar depresión mayor que los nacidos antes de 1940. Los estudios también indican que el riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida ha variado entre el 10 y 25 % para las mujeres y entre el 5 y el 12 % para los hombres.

Entre los síntomas de la depresión se consideran los siguientes: Sentimientos de culpa, insuficiencia, fatiga, disminución del interés y de energía; dificultad en la atención y concentración, respuestas demoradas al interrogatorio, lenguaje lentificado, trastornos de apetito y sueño, diversas afecciones somáticas, inquietud motriz como el caminar constante, aumento del fumar, ansiedad, forzamiento de manos y desasosiego, frecuentes intentos de suicidio. Como características psicoafectivas de la depresión se consideran: Sentimiento de tristeza o decaimiento, ansiedad e irritabilidad, sentimientos de desesperanza, disminución de la autoestima, disminución clara y hasta pérdida del placer, de la capacidad de trabajo e interés en pasatiempos, problemas en las relaciones interpersonales, incluso las sexuales; dificultades cognitivas, como disminución de la atención, incapacidad para completar tareas o tomar decisiones; sentimientos excesivos de culpa y reproche por acontecimientos pasados.

Como se ha podido observar la depresión tiene varios conceptos todos relacionados, En general se la entiende como alteración del estado de ánimo con acentuación del proceso de inhibición, acompañada de disminución de motivación y autovaloración, además involucra todo el comportamiento de la persona. El ánimo se muestra deprimido por la tristeza con ansiedad. La actividad se refleja disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Además de la perturbación del humor, la psicopatología de la depresión tiene

como características: Deterioro del funcionamiento corporal, perturbación del sueño, alteración del apetito, del interés sexual, disminución de la actividad del sistema nervioso autónomo, disminución del deseo y de la habilidad para desenvolverse en los roles sociales esperados, en la familia, trabajo, matrimonio, entre otros; ideación suicida, alteración cognitiva y de la conciencia de la realidad.

Conocido el concepto y características de la depresión, se estudian las diversas causas a las que obedece este problema.

2.2.2 Causas de la depresión

Causas genéticas

Según Gaviria (1991), existe suficiente información que sugiere la existencia de un factor genético en la etiología de los trastornos de afecto. Existe también acuerdo en que los trastornos unipolares y bipolares son genéticamente distintos y que los trastornos afectivos son genéticamente diferentes de la esquizofrenia (Perales et al., 1991). Por su lado, Calderón (1984) atribuye como causa de la depresión al factor genético, y consideró que algún tipo de depresión puede ser heredada, incluso la forma de responder al tratamiento, señalando que si un enfermo deprimido responde bien a determinado grupo de medicamentos antidepresivos, sus parientes deprimidos responderán favorablemente al tratamiento con el mismo fármaco. Aun así no se puede hablar de una herencia directa del cuadro de depresión, sino simplemente de la posibilidad de transmisión hacia los desencadenantes más vulnerables al cuadro, como que la susceptibilidad a la depresión se parece a otros rasgos hereditarios en que algunas personas de la familia la heredan y otras no.

Causas psicológicas

Las causas psicológicas pueden intervenir como causa de cualquier tipo de depresión, sin embargo, son particularmente importantes en la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida determinados rasgos de personalidad. Es

claro que el factor psicológico es determinante en la presencia de la neurosis, por ejemplo, la falta de confianza y de autonomía. La influencia paterna también es importante, así, si un niño percibe que sus padres responden con ansiedad a situaciones estresantes, entonces ellos desarrollarán conductas similares; padres poco afectivos, insensibles, imperturbables, o alejados emocionalmente de sus hijos, también influyen.

Freud (1942) consideró que los problemas psicológicos son factores importantes en las depresiones neuróticas, las que se derivan de conflictos o desórdenes originados desde la infancia, ya que esta es la etapa formativa en la cual el niño es susceptible de trastornos que se le pueden presentar, como el sonambulismo, terrores nocturnos, fobias, timidez, entre otros, que si no son atendidos se pueden presentar como problemas de personalidad y de conducta, que se agravarían con el tiempo, presentándose así como rasgos neuróticos característicos (Fenichel, 1979). Por su lado, Perales (1991) refirió que ciertos rasgos de personalidad predisponen al individuo a desarrollar trastornos afectivos, la personalidad subyacente modifica la forma clínica de presentación de los trastornos de afecto, las alteraciones de la personalidad evidencian la presencia de un trastorno subyacente del afecto, y que ciertos trastornos de la personalidad representan formas atenuadas de un trastorno afectivo.

Gaviria en 1991, considera que de acuerdo a la teoría cognoscitiva, pensamientos distorsionados ocurren muy temprano como una cadena de acontecimientos que culmina con la depresión. Demandas no realistas de uno mismo o de otros, o creencias en el destino, son vistas como causantes de vulnerabilidad a desilusiones, perder el optimismo y desarrollar depresión. (Perales et al., 1991)

Causas ecológicas

En consideración a las características contemporáneas, la humanidad alcanzó un alto grado de desarrollo científico y tecnológico. Este desarrollo proporcionó mayor bienestar al hombre pero también tuvo consecuencias negativas, particularmente relacionadas con la contaminación ambiental, que se acentúa con el crecimiento demográfico. Es claro que a medida que el hombre deteriora el medioambiente, disminuye su calidad de vida. Las características psicológicas del hombre no pueden permanecer al margen de este problema,

por lo tanto, su salud mental también es afectada por el medio ambiente nocivo en el que se desarrolla. Dentro de estas causas se ha encontrado a la contaminación atmosférica y el ruido (Bustos, 1998).

Causas sociales

Gaviria (1991) compartió el principio que considera al hombre como un animal social, que es el elemento central del modelo social de la depresión, que enfatiza en la pérdida o amenaza de pérdida de lazos humanos como causante de la depresión. En estos casos, el tratamiento implica la reparación, restauración o desarrollo de tales elementos (Perales et al., 1991). Se ha constatado que los estados afectivos de depresión constituyen una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y el desarrollo del sistema psicosocial de la raza humana. Ese sistema permite resistir cualquier intento de destrucción de las ligas afectivas, reaccionado generalmente con manifestaciones físicas y psíquicas de angustia. Un indicador de la fuerza de estos lazos es la reacción de duelo que se presenta en el hombre cuando alguno de ellos se destruye. Existen indicadores que señalan que la muerte del cónyuge, o alguna pérdida muy sensible, origina un fuerte impacto que hace que las personas con antecedentes de alcoholismo aumenten su ingesta de alcohol, de tranquilizantes o cigarrillos; es decir, en todos los casos los humanos reaccionan vigorosamente con todo su organismo, a la destrucción de sus vínculos afectivos (Bustos, 1998).

En ese sentido, la consideración del hombre como un animal social, elemento central del modelo social de la depresión, es interesante en la medida que explica el problema como consecuencia de la pérdida o amenaza de pérdida de las relaciones con otras personas. La falta o la pérdida de un ser querido afecta significativamente al individuo, con manifestaciones físicas y psicológicas de angustia, preocupación y ansiedad.

Habiendo reconocido los diversos factores causales de la depresión, a continuación se aluden a las diversas teorías que la estudian en consideración a la necesaria profundización de la información relacionada al tema dentro del marco teórico referencial.

2.2.3 Teorías de la depresión

Teoría psicoanalítica

La teoría del psicoanálisis tradicionalmente ha contemplado la depresión como la agresión hacia un objeto interiorizado con un significado ambivalente (Freud, 1917). Freud pensaba que la depresión se debía a que los sentimientos inconscientes de hostilidad hacia la pérdida de una persona, ya fuera real o simbólica, se dirigían hacia sí mismo. Este pensamiento lo expone fundamentalmente en su trabajo: *Duelo y Melancolía*. En él explica que la gran diferencia entre pesadumbre y depresión consiste en que en esta última hay una acentuada pérdida de autoestima. En el duelo esta pérdida es consciente, mientras que en la depresión la verdadera pérdida es inconsciente. La ausencia de amor y de apoyo de una figura significativa (por lo general, uno de los padres) durante un estadio crucial del desarrollo predispone a un individuo a la depresión en épocas posteriores de la vida. Según Mendels, esta pérdida es la que origina la depresión, aunque pueda ser simbólica y no reconocida como tal. Consideraba que el reproche y la pérdida de estimación propia que se desarrollan en la depresión están dirigidas a la persona introyectada (Mendels, 1989).

El duelo o aflicción es un proceso normal, mientras que la melancolía es patológica. Ambos, duelo y melancolía, sobrevienen como consecuencia de la pérdida de algún objeto o situación amada; en ambos casos existe un estado de ánimo doloroso, una pérdida de interés por el mundo exterior, una pérdida de la capacidad de amar y una inhibición general de todas las funciones psíquicas (empobrecimiento anímico). Sin embargo, existe una diferencia, pues la melancolía incluye otro síntoma que no está en el duelo: La pérdida de la autoestima, lo que se traduce como autorreproches. La resolución del duelo implica que el sujeto va comprendiendo gradualmente que el objeto amado no existe más. Este trabajo de duelo culmina cuando el yo queda libre y sin inhibiciones, depositando la libido sobre un nuevo objeto, es decir, es capaz de recharacterizar el mundo. En la melancolía, en cambio, la libido libre no fue desplazada sobre otro objeto sino retraída sobre el yo, es decir, se

produjo una identificación del yo con el objeto perdido, y de esta manera los reproches del yo hacia la persona perdida se convierten ahora en autorreproches. En el fondo, la pérdida importante ha tenido lugar en el propio yo. Los reproches con los cuales el enfermo se abruma corresponden en realidad a otra persona, a un objeto erótico, y han sido vueltos contra el propio yo (regresión de la libido del yo), autorreproches que se dirigen desde la conciencia moral. En la base de todo este proceso hay una elección de objeto narcisista, es decir, el sujeto elige como objeto amoroso a uno que lo representa en algún sentido. El sujeto aquí se retrotrae a formas primitivas de identificación, que es la identificación oral (ya que 'incorpora' al objeto perdido). Algunas veces la melancolía tiende a transformarse en manía, observándose en otras ocasiones una alternancia cíclica entre manía y melancolía. Ambas afecciones estarían relacionadas porque mientras la melancolía lucha por retener al objeto perdido con el cual el yo se había identificado, la manía lucha por liberarse de dicha identificación.

Cuando hay una predisposición hacia la neurosis obsesiva, aparece la ambivalencia, con lo cual se amará y se odiará al mismo tiempo al objeto perdido. La melancolía tiene un contenido más amplio que el duelo, ya que en la primera la relación con el objeto aparece complicada por esta ambivalencia: En la melancolía el amor y el odio luchan entre sí, el primero para desligar a la libido del objeto, y el segundo para evitarlo. Puede decirse, en suma, que las tres premisas básicas de la melancolía son: La pérdida de un objeto, la ambivalencia, y la regresión de la libido al yo (Freud, 1917).

Teorías psicológicas afectivas

Plantean que el trastorno del pensamiento que manifiestan las personas deprimidas es consecuencia de una alteración básica del estado de ánimo. Akiskal y et al., citado por Perales et al. (1991), revisaron la literatura acerca de la relación entre la personalidad y trastorno del afecto, cuatro hipótesis reúnen las posibles interacciones: 1) Ciertos rasgos de personalidad predisponen al individuo a desarrollar trastornos afectivos; 2) la personalidad subyacente, modifica la forma clínica de presentación de los trastornos afectivos; 3) Las alteraciones de la personalidad evidencian, en casos, la presencia de un trastorno

subyacente del afecto; y 4) ciertos trastornos de la personalidad representan formas atenuadas de un trastorno afectivo.

Teoría biológica

En la década del 70 se desarrolló la teoría de que la depresión estaba relacionada con la deficiencia de la neurotransmisión noradrenérgica y serotoninérgica. Los efectos de los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) respaldan esta postura. De acuerdo con la teoría neurobiológica, la depresión estaría relacionada con la disminución de la biodisponibilidad de noradrenalina, serotonina y, posiblemente, dopamina. Los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la MAO y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, aumentan la biodisponibilidad del receptor al bloquear la recaptación a nivel presináptico. Para varios autores, la enfermedad depresiva se vincula a la alteración de las funciones hipotalámicas, que originaría síntomas como los trastornos del sueño y del apetito y alteraciones hormonales. La enfermedad depresiva parece estar originada en un déficit de la biodisponibilidad de neurotransmisores monoaminérgicos; esta alteración favorece la vulnerabilidad biológica que puede ser incrementada por los traumas vitales o modulada por la personalidad. Los individuos con antecedentes familiares de depresión o con traumas graves durante su infancia son más proclives a padecer la enfermedad depresiva. Los antidepresivos tratan de corregir el componente biológico en tanto que las psicoterapias buscan modificar los factores sociales y de personalidad que intensifican la vulnerabilidad individual y permiten la cronicidad del trastorno depresivo (Sociedad Iberoamericana de Información Científica-SIIC, 2002).

Teorías conductistas

Un primer intento de analizar conductualmente la depresión lo hizo B. F. Skinner, refiriendo que la depresión es un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de una secuencia conductual previa que ha sido positivamente reforzada por el entorno social. Explica la depresión como consecuencia de un proceso de extinción, es decir, la

disminución en la frecuencia de emisión de una conducta que previamente fue reforzada positivamente (Paykel, 1982).

Un enfoque muy interesante es el de Martin Seligman quien sostiene la Teoría de la Indefensión Aprendida. Seligman se preguntó por qué frente a las dificultades algunas personas se dan por vencidas rápidamente y otras perseveran y salen adelante. Encuentra que frente a las dificultades aparecen preferentemente dos tipos de atribuciones causales: El estilo optimista y el estilo pesimista. Sus investigaciones muestran cómo las personas optimistas tienden a ser más esperanzadas y perseverantes, tener mejor autoestima y generar acciones más exitosas y, por el contrario, las personas pesimistas tienden a ser más desesperanzadas, tienen autoestima más baja y se dan por vencidas más fácilmente frente a la adversidad (1991).

“Cuando las personas, sobre todo en etapas tempranas de la vida, se han visto acorraladas en situaciones altamente aversivas ante las cuales no podían reaccionar o huir (como es el caso de los niños cuya familia les está brindando un patrón de apego disfuncional), aprenden a ser desamparadas. Es decir uno aprende a quedarse paralizado frente a determinadas situaciones aversivas, se aprende a ser indefenso. Así vemos que aprendemos a ser asertivos y hacemos respetar por muchas personas, pero es mucho más difícil lograrlo con las personas que amamos, porque en los momentos de conflicto las conductas que surgen no suelen ser las que dicta la lógica sino las que nuestros patrones de apego desatan automáticamente. (Seligman, 1991)

El desamparo aprendido está acompañado de pensamientos destructivos, así, las tendencias de las personas en esta situación son: La reacción a bajar los brazos y darse por vencidas, no asumir la responsabilidad de producir cambios y no contestar frente a las adversidades. Esto sucede porque han construido la creencia de que no vale la pena hacer nada, porque haga lo que se haga, nada cambiará.

Seligman (1991) estudia tres dimensiones o características del estilo atribucional o atribución causal (el estilo atribucional modula el desamparo aprendido. Esto significa que cuantos más pesimistas y extremistas sean las cosas que nos decimos, más desamparados e indefensos nos sentiremos y actuaremos de acuerdo a ello), tales son:

- *Permanencia*: Qué duración, estabilidad o inestabilidad en el tiempo, atribuimos a las causas de los buenos o malos sucesos. Sus extremos se expresan en el discurso en los polos: Siempre/nunca.
- *Penetración*: Cuántas áreas de la vida se ven afectadas por la buena o mala suerte, si estas causas nos afectan de manera global o específica. Se expresa en el discurso en los extremos: Todo/nada.
- *Personalización*: Consiste en atribuir causas internas o externas a los buenos o malos sucesos. Esta dimensión tiene que ver con la autoestima.

Las personas pesimistas frente a cualquier amenaza o riesgo creen estar indefensas. Al intentar explicar las causas de las situaciones lo hacen en un estilo atribucional permanente, penetrante y personal, y esto a su vez genera desamparo.

Según Seligman, el estilo atribucional se adquiere en la infancia a través de tres grandes vías:

- *El análisis causal cotidiano*, más optimista o más pesimista, que el niño o la niña observaron modelar a sus padres.
- *El tipo de crítica que los adultos* (padres, maestros, modelos, etc.) realizaban de él o ella. Por ejemplo, tonta, torpe, inútil, etc.
- *La realidad de pérdidas o traumas en períodos críticos del desarrollo*.

Seligman (citado por Bustos, 1998) sostuvo que la depresión resultaría de la pérdida, por parte del individuo, de la posibilidad de crear un vínculo entre la acción y el refuerzo positivo. Un procedimiento experimental muy reconocido, que tiene que ver con conductas depresivas, consistió en lo siguiente: Teniendo una caja con dos compartimientos, en el que uno estaba electrificado y el otro no, donde dos grupos de perros fueron colocados hasta aprender conductas de escape de las descargas. A continuación uno de los grupos fue sometido a descargas eléctricas de manera inevitable, para luego colocarlos en la caja con dos compartimientos donde podían escapar a la descarga saltando al sector sin electricidad. Se pudo constatar que dos tercios de los perros que habían recibido descargas inevitables habían olvidado que podían escapar. Inversamente, los perros del segundo grupo, que no recibieron descargas inevitables, conservaban el aprendizaje de las conductas de escape a las descargas. La inhibición de los

perros sometidos a descargas inevitables es denominada impotencia aprendida o desesperanza aprendida, y fue considerada como un fenómeno experimental semejante a la depresión humana, en la medida que los animales como los individuos, tras una experiencia traumática prolongada, dejan de presentar respuestas productivas. La interpretación del fenómeno de la desesperanza aprendida va más allá de un modelo puramente comportamental para articularse a una dimensión cognitiva.

Como puede verse los primeros experimentos de Seligman junto con Steve Maier son con animales y discuten sus resultados con los behavioristas, como él mismo lo sostiene, al igual que el freudismo, la principal idea del behaviorismo era contraintuitiva, es decir, que iba contra el sentido común. Los behavioristas insistían en que todo el comportamiento de una persona era determinado sólo por su historia permanente de premios y castigos. Aquellos actos que reciben un premio tenían todas las probabilidades de repetirse y los actos castigados, casi seguramente, se suprimirían. Junto con Steve, consideran que la noción behaviorista de que todo se reduce a premios y castigos que fortalecen las asociaciones era pura tontería. En contraste con ese punto de vista, creen que los acontecimientos mentales son causales, la ratita espera que la presión sobre la varilla le traiga alimento; el ser humano espera que ir al trabajo redundará en la obtención de su paga. Con respecto al desamparo aprendido creían que los perros del experimento simplemente se dejaban caer porque habían aprendido que nada de lo que hicieran importaba, y por lo tanto esperaban que ninguna de sus decisiones fuera capaz de influir en el futuro. Una vez formada tal expectativa, ya no volverían a entrar en acción.

Seligman y Peterson en 1986 (citados por Banús, 2011) consideran su teoría igualmente aplicable y útil para la depresión en niños y adolescentes. Fue formulada en base al modelo del aprendizaje pero incluyendo algunas explicaciones cognitivas. Este modelo asume el principio de que una persona sometida a situaciones no controlables presentará un conjunto de déficits (motivacionales, cognitivos y emocionales) agrupados bajo el nombre de indefensión aprendida. Según los autores (en su primer modelo de 1975), la secuencia que puede producir la indefensión aprendida (estado de depresión), sería la siguiente: El niño está expuesto a situaciones incontrolables, es decir a situaciones en las que la probabilidad de obtener refuerzo si se emite una respuesta operante (respuesta a la

que sigue un reforzador o premio) es igual a la probabilidad de obtenerlo si no se produce. Las experiencias de incontrolabilidad producen expectativas de incontrolabilidad, es decir, el niño predice que no tiene control sobre la situación, interfiriendo en aprendizajes adaptativos posteriores. Las expectativas de incontrolabilidad originan los déficits característicos de la depresión que son:

- Motivacionales; referido a la disminución de la tasa de respuestas operantes y aumento de la latencia de respuestas operantes.
- Cognitivos; referido a la dificultad para aprender nuevas respuestas reforzadas.
- Emocionales; referido al sentimientos de indefensión y desesperanza.

El modelo es muy coherente con sus enunciados pero no podía explicar el hecho de que algunos sujetos no desarrollaban la depresión pese a estar expuestos a situaciones incontrolables. La teoría fue reformulada (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) en base a la incorporación de la teoría de las atribuciones, la cual puede explicar las diferencias individuales y el hecho de que iguales circunstancias produzcan o no el trastorno depresivo en algunas personas. Este nuevo modelo presenta tres principios fundamentales:

- *Atribución Interna-Externa*. La intensidad de la indefensión depende de esta dimensión, un niño puede atribuir el fracaso de haber sacado una mala nota en un examen, cuando la mayoría de sus compañeros han aprobado, a que no tiene el suficiente nivel o inteligencia (indefensión, baja autoestima). Esto sería una atribución interna. Por el contrario si piensa que la nota del examen es consecuencia de la mala suerte o de que el profesor le tiene manía, estaría efectuando atribuciones externas.

- *Atribución Global-Específica*. Esta dimensión explica la generalización de la indefensión. En el caso anterior, si el niño de la baja nota, atribuye el resultado a una causa general, como es el caso de poseer una baja inteligencia, entonces considerará que casi todas las situaciones de este tipo son incontrolables ya que suspenderá siempre todas las asignaturas (atribución global). Por lo contrario, si atribuye a un factor concreto el resultado de la mala nota, por ejemplo, a que el cálculo o la asignatura en particular, no se le da bien y le cuesta

más, entonces pensará que el resto de las asignaturas sí puede aprobarlas (atribución específica).

- *Atribución Estable-Inestable*. El mantenimiento de la indefensión se debe a esta dimensión. Siguiendo con el niño del ejemplo, si atribuye su fracaso a una causa estable (pensar que no es inteligente), entonces juzgará que su falta de control sobre el rendimiento escolar es permanente (atribución estable). Contrariamente si le atribuye a un factor no permanente (atribución inestable), por ejemplo, a que estudió poco o que estaba cansado, considerará que su falta de control sobre la situación ha sido sólo pasajera y, por tanto, causará menores sentimientos de indefensión.

La aplicación del desamparo aprendido aplicado a la resolución de los problemas que plantea el sufrimiento humano fue hecha por Donald Hiroto, por entonces un estudiante nipo-norteamericano que buscaba graduarse en la Universidad del Estado de Oregon y manifestaba su deseo de hacer la prueba con seres humanos, mejor que con perros y gatos. Hiroto en 1971, preparó la experimentación con seres humanos siguiendo los lineamientos de Seligman, con perros. Primero llevó a un grupo de personas a una habitación, hizo funcionar un artefacto que producía un fuerte ruido, y les encomendó como tarea descubrir cómo debían hacer para que el ruido cesara. Los sujetos del experimento se pusieron a probar todas las combinaciones ofrecidas por aquellos botones del panel, pero, a pesar de sus esfuerzos, no dieron en la tecla, es que aquel panel estaba preparado de modo que ninguna combinación que pudiera hacerse fuera capaz de apagar aquel ruido. Otro grupo de personas sí, oprimiendo la combinación correcta tenían la posibilidad de acallar aquel infernal artefacto, también hubo un tercer grupo que nunca se sometió al ruido. Después Hiroto llevó a la gente a un cuarto en el que había una caja compartimentada. Allí se ponía la mano para un lado y se producía un zumbido ensordecedor; se ponía la mano derecha hacia el otro lado, y el ruido se interrumpía. En una llamada telefónica Hiroto llamó a Seligman para comunicarle que los sujetos del grupo que nada podía hacer para detener el ruido, cuando estuvieron en la caja, se dejaron estar, casi ninguno de ellos intentó siquiera un movimiento, es como si hubieran aprendido que estaban desamparados, impotentes, que nada podían hacer para acallar el ruido, así que ni siquiera intentaron hacerlo, sencillamente arrastraban consigo aquella impotencia adquirida en el primer experimento y pensaban lo

mismo en el segundo, sin embargo los demás, aprendieron con toda facilidad cómo hacer para apagar el artefacto que causaba el ruido.

Resumiendo, el modelo reformulado de la Indefensión Aprendida argumenta que el niño que desarrolla la depresión presenta expectativas de daño, es decir, espera la ocurrencia de hechos aversivos o que no se den los deseados. También presenta las expectativas de incontrolabilidad, esto es que cree que ninguna de sus respuestas pueda cambiar la probabilidad de un evento. Finalmente y en base a las atribuciones, el niño depresivo, tiene un estilo atributivo peculiar ya que atribuye sus fracasos a factores internos, globales y estables, mientras que sus éxitos son atribuidos a factores externos, específicos e inestables.

Teoría cognitiva

La teoría cognitiva al igual que la tradición conductista, mantiene su vocación naturalista y causal. De acuerdo con la teoría cognoscitiva, Gaviria (1991) señaló que los pensamientos distorsionados ocurren desde edades muy tempranas, en una secuencia de acontecimientos que puede culminar con la depresión. En tanto que Perales et al. (1991) refiere que Beck encontró que los pacientes deprimidos tienden a distorsionar sus experiencias en forma muy peculiar; en otras palabras, tienden a dar interpretaciones equivocadas a sucesos irrelevantes en el sentido de fracaso personal, privación o rechazo. Tienden a ser exagerados y crear generalizaciones erradas sobre cualquier acontecimiento con información negativa sobre ellos mismos. Basados en estos hechos, Beck concluyó que ciertos esquemas cognoscitivos adquieren importancia durante la depresión, dominan el proceso mental y llevan a distorsiones cognoscitivas. De modo que Beck percibió la depresión como un trastorno del pensamiento, considerando que los síntomas y señales de la depresión serían una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Asimismo, Paikel (1982) indicó que Ellis otorgó gran importancia a las creencias irracionales en los estados depresivos, que aparecen cuando una determinada situación pone en marcha una creencia irracional, convirtiéndose ésta en la responsable de que la persona reaccione emocionalmente de un determinado modo ante los estímulos.

Por otro lado, Rehm (citado por Paikel, 1982) elaboró una teoría de autocontrol en la cual los factores que originan la baja tasa de respuestas de los depresivos serían las autoevaluaciones negativas, la baja tasa de autorefuero y la tasa elevada de autocastigo. Se postulan tres procesos importantes para el autocontrol: El autoregistro, la autoevaluación y el autorefuero. La persona depresiva atiende de modo selectivo a los sucesos negativos, es muy exigente en cuanto a la autoevaluación, el refuerzo que recibe se caracteriza por una tasa normal baja de autogratificación y por una tasa elevada de autopunición.

Por otra parte, se postulan varias estructuras cognitivas específicas como la triada cognitiva que contiene patrones que llegan a dominar el pensamiento: La vida negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Paykel, 1982). El concepto de triada cognitiva, comprende esos tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo deprimido. El primer componente consiste en una visión e ideas negativistas del paciente acerca de sí mismo, el paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía; tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas el paciente cree que por causa de estos defectos es un inútil, carece de valor, tiende a subestimarse, a criticarse sobre la base de sus defectos, por último piensa que carece de los atributos que considera necesarios para lograr la alegría y felicidad.

El segundo componente de la triada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa, le parece que el mundo le hace demandas exageradas, se le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos, interpreta sus interacciones con el entorno animado o desanimado en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativistas se hacen evidentes, cuando se observa cómo construye las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales están desviadas, si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas en este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajusten a las conclusiones negativas que se habían formado de antemano.

El tercer componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera apenas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

El modelo cognitivo considera que el resto de los síntomas y signos del síndrome depresivo, son consecuencia de los patrones cognitivos negativos. El depresivo puede verse a sí mismo como carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos incluido él, si estuviera muerto. La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos, dado que el paciente se ve como inepto, sobreestima la dificultad de las tareas, fracasará en todo. Así tiende a buscar ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados. La apatía y las pocas energías, pueden ser consecuencia de la creencia del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga. La visión negativa del futuro, puede producir una inhibición psicomotriz significativa. Al respecto, Beck (1970) (citado por Cotraux, 1978) sostiene que las personas se sienten deprimidas por que se han evaluado a sí mismas como inadecuadas y, de modo sistemático, interpretan equivocadamente los acontecimientos que se producen en su vida como una confirmación de esa imagen negativa de sí mismo.

El modelo de depresión de Beck defiende la existencia de la triada cognitiva negativa (estilo cognitivo idiosincrático, no consciente y rígido), ello hace referencia a que la persona que sufre el trastorno tiene una visión negativa de sí mismo, del mundo en que se mueve y del futuro (pensamientos del tipo: "Soy un desastre, mis amigos me rechazan, nunca podré ser feliz"). El niño o joven con depresión, no discute ni se plantea la validez de sus pensamientos pese a que existan evidencias objetivas que los cuestionen. Al mismo tiempo, tampoco se percata de los errores lógicos que comete sistemáticamente. A modo de ejemplo el autor expone algunos de estos errores:

- Inferencia arbitraria. Se extraen conclusiones precipitadas sin disponer de información suficiente o de datos en contra; por ejemplo, un adolescente cree que no le cae bien a un colega, pese a que lo invita cada fin de semana para salir.

- Abstracción selectiva. Focalización en detalles concretos de las situaciones fuera de contexto o irrelevantes al tiempo que se omite la información relevante. Es como si la persona que sufriera el trastorno filtrara la información con un filtro que sólo captaría aquella información que fuera coherente con sus creencias erróneas (pensamientos negativos). Por ejemplo, un joven es felicitado por su tutor por haber sacado una buena nota en una asignatura difícil. El tutor añade que si se esfuerza más sus resultados pueden ser aún mejores. El joven no toma como halago las palabras del tutor sino como la confirmación de que es un desastre y que no se ha esforzado lo suficiente.
- Magnificación y minimización. Consiste en maximizar los errores o sobrestimar las dificultades infravalorando los propios aciertos o habilidades. Por ejemplo, un estudiante ha sido elegido por sus compañeros como delegado de la clase, pero él resta valor a este reconocimiento alegando que "no tiene mérito dado que no había más candidatos".
- Sobregeneralización. Se refiere a la elaboración de conclusiones generales a partir de hechos particulares; por ejemplo, una chica puede declinar la invitación de un chico para bailar y éste piensa que nunca van a querer bailar con él, que lo tendrá difícil, etc.
- Personalización. Se asume la responsabilidad de los eventos negativos externos sin base objetiva para dicha atribución; por ejemplo, un niño que se culpa como responsable de la separación de sus padres cuando los motivos han sido otros.
- Pensamiento dicotómico. Categorización de la experiencia en categorías opuestas, situándose el niño en el polo negativo; por ejemplo, el niño piensa que su comportamiento es ejemplar o que es un desastre, sin existir los términos medios. Estos pensamientos automáticos se generan o son respaldados por los esquemas o supuestos subyacentes. Los esquemas y supuestos son la organización estructural del pensamiento, que sirven para codificar o categorizar los datos y con ellos dar una respuesta consistente a los eventos. Ellos son tácitos, reglas que operan de un modo absoluto, no discriminativo y globales, y determinan la manera como la persona responde a las expectativas y como percibe la realidad.

En el proceso y los mecanismos que median la percepción y la conducta, específicamente en relación a los procesos de input de la información, lo que denominamos procesamiento de la información, las personas deprimidas cometen errores en el procesamiento de la información, errores lógicos que mantienen la creencia de la validez de estas percepciones, a pesar de la falta de evidencia en la realidad, estos errores conducen a la formulación de distorsiones evidentes.

Una vez conocidas las teorías que estudian la depresión, a continuación se alude a la salud mental y la depresión, ello en consideración a que la depresión es un problema de la salud mental, además que este estudio busca acercarse objetivamente a este problema en los pobladores de dos ciudades del interior: Cusco y Abancay, donde muchos de los sujetos que asisten a la atención primaria posiblemente reflejen problemas relacionados a la depresión.

2.2.4 Salud mental y depresión

La depresión es un problema de la salud mental. Es conocida su alta frecuencia y los costos sociales que se generan como consecuencia de su presencia. Las encuestas hechas a pacientes de atención primaria de salud, muestran que en Latinoamérica y el Tercer Mundo, en general, han constatado que entre un quinto y un tercio de los casos manifestaron, como razón primaria o secundaria, la búsqueda de ayuda por creer que padecían de signos de depresión (Almeida Filho, Souza Santana, y Mari, 1988). Además, según el Banco Mundial, la depresión es la quinta enfermedad que genera más gastos en el caso de las mujeres y la séptima en el caso de los varones (Desjarlais, Eisenberg, Good y Kleinman, 1995).

Haciendo una revisión de la literatura sobre salud pública, se encontró un estudio realizado en el distrito de Independencia (Lima) sobre la repercusión de los síntomas depresivos sobre el funcionamiento ocupacional y social de la persona, en que dicho deterioro se presenta incluso en el grupo de personas con síntomas depresivos sin trastorno específico, conformado por uno de cada tres personas mayores de 18 años de edad (Sogi, 1997). Esto constituye un problema de salud pública frente al que el Ministerio de Salud,

las direcciones regionales de salud y todo el sector debe dirigir sus actividades, ya sea a través de programas preventivo - promocionales o a través de actividades asistenciales.

Asimismo, Palomino (2001) investigó los niveles de ansiedad según tipos de personalidad en pacientes pre operatorios en el Hospital de ESSALUD del Cusco, sus objetivos fueron demostrar correlación entre los niveles de ansiedad y los tipos de personalidad en este tipo de pacientes sometidos a cirugía mayor electiva, para ello utilizó el test de Zung y el MMPI, encontrando correlación positiva entre estas variables. Por su lado, Díaz (2001) estudió los tipos de personalidad, niveles de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital Antonio Lorena en el Cusco, utilizando como instrumentos de recolección de datos el Cuestionario Caracterológico de Gaston Berger, la Escala de Autoevaluación de Ansiedad y Depresión de Zung, además de un formato de historia clínica psicológica del Hospital en donde se desarrolló la investigación. Se halló que el tipo de personalidad predominante en pacientes con enfermedades cardiovasculares es el sentimental: La depresión se presenta en un nivel de grado máximo y la ansiedad marcada o severa. También se hallaron diferencias en cuanto al tipo de personalidad sentimental de acuerdo a género, así en varones se presenta en un mayor porcentaje que en mujeres.

Por otro lado Gonzales (2003) se propuso relacionar niveles de depresión y tipos de personalidad en estudiantes de Psicología de la ciudad del Cusco, utilizando para ello el Cuestionario Caracterológico de Gaston Berger y la Escala de Autovaloración de la Depresión (EAMD) de Zung, la población de estudio estuvo conformada por 57 estudiantes, entre mujeres y varones. Los resultados constataron que sí existe una mínima correlación positiva entre niveles de depresión y tipos de personalidad. También se encontró que el tipo de personalidad predominante es el flemático.

Finalmente, Perales, Sogi, Sánchez, Salas, Bravo y Ordóñez (1999), del Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi – Honorio Delgado, analizaron las variables asociadas a conductas de riesgo en adolescentes en el marco de un enfoque preventivo de estilos de vida perjudiciales. Para esto, utilizaron una encuesta de salud mental aplicada en

hogares seleccionados aleatoriamente en tres localidades de la ciudad de Lima. Se comparan las condiciones de vida y características individuales de aquellos que presentan las conductas problema con las de aquellos que no las presentan. Las conductas de riesgo se asociaron significativamente a: Madre con bajo nivel de educación, mala relación familiar, relación dual de pareja con amigo consumidor de sustancias, sexo masculino entre 15 y 17 años y el hábito de ver televisión, lo que aumenta su potencial destructivo y torna preocupante el devenir del adulto de la población adolescente afectada.

2.2.5 ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Considerando que se estudia la depresión en pacientes que asisten a la atención primaria de la salud, es necesario hacer las necesarias aclaraciones en relación al término. Se parte del hecho de que la salud es un derecho fundamental de la persona humana y que para su consecución necesita la colaboración y coordinación de distintos sectores técnicos y sociales. No sólo se trata del sistema nacional de salud que, aún teniendo el rol más importante, necesita del aporte de los sectores educación, vivienda, entre otros, es decir, se busca propiciar la colaboración intersectorial e internacional reorientando el sistema sanitario nacional, regional y local, dotándole al sector salud de los necesarios recursos para acercarse más a la atención de la salud de las poblaciones.

Zurro y Cano (2005) sostienen que el desarrollo tecnológico creciente, la subespecialización y el hospitalocentrismo son tres de los elementos fundamentales que caracterizan a la medicina de la segunda mitad del siglo XX, la cual enfocada como ciencia que estudia los mecanismos por los que se producen las enfermedades y su diagnóstico y tratamiento, ha alcanzado niveles elevados de sofisticación científico-técnica. La rapidez en la introducción de nuevos conocimientos y tecnologías, y la imposibilidad de dominarlos todos, están en el origen de la subespecialización creciente de los profesionales sanitarios. El hospital es la institución donde se desarrollan y aplican los últimos avances tecnológicos.

Sostienen además que existen evidencias científicas de que el incremento de la complejidad y de los costos de los sistemas sanitarios tradicionales no se ha visto reflejado en otro paralelo: El del nivel de salud de la población atendida. Algunos de los progresos en

la disminución de la morbilidad de diversas enfermedades, que inicialmente podrían ser atribuidos a las acciones del sistema sanitario, están fundamentalmente en relación con otros factores medioambientales y de condiciones de vida ajenos a aquel. Estas consideraciones permiten pensar en la eficacia y eficiencia de un sistema dirigido exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que pueden ser bajas en términos de nivel de salud colectiva alcanzado; la consecución y el mantenimiento de una determinada situación de salud que no es un problema que hayan de resolver exclusivamente los profesionales sanitarios y sus tecnologías porque también desempeñan un papel fundamental, otros sectores de la actividad social y económica, relacionados con la calidad de vida en general; y las medicinas de prevención y promoción de la salud que pueden contribuir de forma efectiva a modificar los hábitos que son causa de las enfermedades crónicas, de importancia creciente en las sociedades desarrolladas. Por todo ello y para que el sistema de salud responda en forma precisa a las necesidades de salud de la población, es importante que ésta participe activamente en su planificación y control, participación que es consustancial al concepto de atención primaria de salud.

Definición de atención primaria de salud (APS)

La 28ª Asamblea Mundial de la Salud de 1975, logró imponer el concepto de la necesidad y urgencia de nuevos enfoques del cuidado de la salud, para todos y por todos. Surgió lo que se dio en llamar Atención Primaria de la Salud, por influencia de las grandes potencias capitalistas (Loyola, L.A., 2005).

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de setiembre del año 1978, fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los setenta. Fue organizada por la OMS/OPS y UNICEF, y patrocinado por la entonces Unión de Repúblicas Soviéticas Socialistas. La síntesis de sus intenciones se expresa en la Declaración de Alma-Ata, subrayando la importancia de la Atención Primaria de Salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue "**Salud para Todos en el año 2000**". Además, para los servicios de salud, la definió como "el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad, llevando los servicios de salud tan cerca como sea posible hasta donde la gente vive y trabaja y constituye el primer elemento de un proceso continuo de atención a la salud" (OPS, 2005).

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria hizo tal declaración el 12 de setiembre de 1978, expresando la necesidad urgente de la toma de decisiones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos en el mundo. Participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales, con la ausencia importante de la República China.

La Conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata definió la atención primaria de la salud (APS) como:

“la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La APS es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (1978)

Entre las características de la APS, la declaración de Alma Ata considera además, que es la atención esencial de salud basada en métodos prácticos, científicamente confiables y socialmente aceptables; así como tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias en la comunidad a través de su total participación y a un costo que la comunidad y el país puedan mantener y del desarrollo social y económico de la comunidad.

Desde Alma Ata, la APS ha sido referida como un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario y como un conjunto de principios para la organización de los servicios de salud, y como el conjunto de criterios para abordar las necesidades de salud prioritarias y los determinantes fundamentales de la misma.

La atención primaria de la salud está a cargo del llamado equipo de salud (de atención primaria) que constituye la estructura organizativa y funcional constituida por el

conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan de manera continuada y compartida las funciones y actividades de APS en el seno de una comunidad determinada. El Centro de Salud es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de las actividades de la APS.

Sin embargo, el mundo ha cambiado y, por lo tanto, la APS también. Una serie de acontecimientos mundiales tales como: La recesión económica, la presión de la globalización, las enfermedades emergentes (VIH/Sida) y las reemergentes como la tuberculosis, dengue, peste, bartonelosis y otras, desplazaron la atención de la salud pública hacia la gestión urgente de las situaciones de alta morbilidad y mortalidad omitiendo promover el enfoque sistémico para la atención de la salud, las políticas sociales y económicas, las que influyen en los determinantes de la salud y la participación comunitaria. Se revisa el abordaje de la APS para enfrentar los nuevos desafíos epidemiológicos y demográficos. El propósito de renovar la APS es la revitalización de la capacidad de los países para organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible, que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad en función de un sistema de salud basado en la atención primaria, a fin de fortalecer los mecanismos de vigilancia, la participación ciudadana y el empoderamiento de la persona, familia y comunidad en el autocuidado de la salud. (OPS, 2005)

En el 2005, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) introduce el concepto de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) como la transformación de los sistemas de salud, de modo que puedan hacer de la APS su fundamento. Para tal propósito, se demanda reajustar los servicios de salud hacia la promoción y prevención, ajuste que debe ser conseguido por medio de la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno; de la integración de los servicios de salud pública y de atención personal; del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades; y de la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios; requiere adicionalmente de una concentración especial en el papel de los recursos humanos, en el desarrollo de estrategias para gestionar el cambio en la alineación de la cooperación internacional con el enfoque de la APS. (MINSA, 2011)

La atención primaria de la salud en el Perú

La atención primaria de salud en el Perú, es la estrategia fundamental para extender la cobertura de servicios a toda la población del país. Debe entenderse como el conjunto de dos tipos de actividades estrechamente coordinadas: Las que emprende y administra la propia comunidad referente a su salud, y las que brindan los servicios básicos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (centros de salud y puestos de salud, preferentemente). Permite poner la atención integral de salud al alcance de todas las personas y familias, ya que mediante la referencia se posibilita su acceso a los diversos niveles de atención, según la complejidad del problema, priorizando el desarrollo de sus acciones en las áreas urbano marginales y rurales, y en los grupos poblacionales más expuestos a los riesgos de enfermar y morir. Siendo un aspecto básico del desarrollo global de la comunidad, está estrechamente vinculada con los otros sectores, tales como: Educación, agricultura, alimentación, trabajo, etc. Se basa en la plena participación del individuo, la familia y la comunidad; tiende a estimular la responsabilidad y autodeterminación en todas las etapas de su desarrollo: Planificación, organización, ejecución, control y evaluación. Se vale de los recursos materiales, financieros, administrativos y humanos que existan en la comunidad, aprovechando los conocimientos y prácticas populares. Se basa, igualmente, en la plena participación del personal y de los servicios formales del sector, sobre todo en los aspectos de orientación, supervisión técnica, capacitación y atención adecuada, contando con los recursos necesarios (MINSa, 1981).

La promoción de la salud es una función esencial de la salud pública y la APS es una estrategia para el desarrollo de la salud, por lo tanto, estará siempre ligada por su esencialidad. Los cambios en la política de salud, expresados a través de las estrategias Aseguramiento Universal en Salud, Descentralización en Salud y el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, así como el cambio en la concepción de la salud como resultado de sus determinantes sociales, obligan a revisar el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) a fin que se permita ofrecer intervenciones en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud; y se integre y articule en los tres niveles de atención (familia, puesto y centro de salud; hospitales generales e institutos nacionales de salud). A

ello se incluye el aporte del concepto de APS-R como el marco de principios y valores a los cuales debe responder el MAIS actualizado y como referente para establecer los contenidos del modelo propuesto por el Ministerio de salud (MINSA, 2011).

Organización de la atención primaria de la salud

Para su organización se planteó un modelo esencialmente funcional. A nivel central, en 1981 se nombró la Comisión Nacional de atención Primaria de Salud, dependiente de la Alta Dirección, integrada por un presidente, un vicepresidente y un secretario, su principal responsabilidad fue la elaboración de las normas, la asesoría y la supervisión de actividades de atención primaria de salud en el país como tal orientaba la política del sector en este aspecto y establecía la coordinación intersectorial al más alto nivel y, entre las direcciones generales, planteaba el financiamiento requerido, formulaba las normas correspondientes para la organización de grupos de trabajo en los niveles: Nacional, regional y local, así como las correspondientes a la coordinación con la comunidad y otros sectores. A nivel regional, en cada área hospitalaria tenían que constituirse los grupos de trabajo de atención primaria presididos por el director del organismo respectivo, estos grupos tenían como principal propósito impulsar el desarrollo de la atención primaria en sus ámbitos adecuando su organización y funcionamiento a la realidad local. Las áreas hospitalarias constituyen, en el nivel local, las unidades ejecutoras de la atención primaria de salud, a través de los Módulos de Servicios de Atención Primaria de Salud. El área hospitalaria tenía que programar los Módulos de Atención Primaria, adaptándolos a las características y necesidades de la población involucrada en el ámbito geográfico.

El Módulo de Atención Primaria de Salud está constituido por la disposición de los elementos de la comunidad y de los servicios básicos de salud en forma organizada, los que articulan sus actividades a fin de proveer un paquete de servicios de salud a la población de su zona de influencia. Constituye el planteamiento básico del diseño de la estrategia de atención primaria, en el que se consideran las cuatro variables principales consideradas en el Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud: Población, riesgo, servicio y recursos. En la organización intervienen tanto el personal de salud como el de la comunidad a través de sus organismos representativos. Finalmente quienes constituyen

elementos de estos módulos son: La unidad familiar, la unidad comunitaria de salud, el grupo comunitario de salud, el puesto de salud (primera unidad del sistema formal de salud), y el centro de salud que es la unidad que comanda el módulo de atención primaria en el primer nivel de servicios de salud.

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención desarrollan prioritariamente actividades o intervenciones de prevención y promoción, además de recuperación y rehabilitación, toman como eje de planificación a la persona, la familia y la comunidad; y como operador al Equipo Básico de Salud (EBS-FC). En este nivel, los establecimientos de salud realizan actividad de salud familiar y comunitaria que responda a las necesidades y demandas de la persona, la familia y la comunidad. Los equipos básicos están conformados por profesionales de la salud de medicina humana, enfermería y obstetricia, además de los técnicos de enfermería y deben contar con la colaboración voluntaria del agente comunitario de salud.

Sin embargo, en todos los establecimientos de salud donde se aplicó el instrumento de investigación, se encontró además atención en algunas especialidades como odontología, pediatría, ginecología y obstetricia, ello como consecuencia del tipo de gestión a través de los llamados CLAS (comunidad local de administración de salud). Todos estos centros de salud brindan atención de medicina general y actividades preventivo promocionales a través del desarrollo de los diversos programas estratégicos de salud, tales como: Alimentación y nutrición (crecimiento y desarrollo del niño), inmunizaciones, prevención y control de la tuberculosis, salud sexual y reproductiva, prevención de VIH/Sida, salud mental y cultura de paz a cargo de psicólogos, salud oral, accidentes de tránsito, enfermedades no transmisibles (diabetes, hipertensión y cáncer), entre otros.

2.3 HIPÓTESIS

2.3.1 Hipótesis general

H₁: La depresión de los pacientes con atención primaria de la salud de Cusco y Abancay, se diferencia en función a los factores asociados: lugar de procedencia, género, etapa vital, grado de instrucción y ocupación.

2.3.2 Hipótesis específicas

H_{1,1}: La depresión de los pacientes de atención primaria de la salud de Cusco y Abancay varía según el lugar de procedencia.

H_{1,2}: La depresión de los pacientes de atención primaria de la salud de Cusco y Abancay varía según el género

H_{1,3}: La depresión de los pacientes de atención primaria de la salud de Cusco y Abancay varía en función al ciclo vital: Adolescencia y adultez.

H_{1,4}: La depresión de los pacientes de atención primaria de la salud varía en función al nivel de educación escolar y superior.

H_{1,5}: La depresión de los pacientes de atención primaria de la salud varía en función a la ocupación y no ocupación laboral.

2.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Depresión. Operacionalmente la depresión es definida como el estado emocional que presentan los asistentes a atención primaria de salud en las ciudades de Cusco y Abancay, que se caracteriza por la presencia de tristeza, autoestima baja, sentimientos de culpa, desinterés por las actividades ocupacionales e irritabilidad, que afectan la vida familiar y social, identificados a través del Inventario de Depresión de Beck, según los puntajes alcanzados por los miembros de la muestra.

Atención primaria de salud. Se denomina así a la primera atención que brinda el Ministerio de Salud en los hospitales Regional y Antonio Lorena y los centros de salud San Jerónimo, Wánchaq, Ttio, Belenpampa y Siete Cuartones, de la ciudad del Cusco; el Hospital Guillermo Díaz de la Vega y los centros de salud de Tamburco, Pueblo Joven, Bellavista y Villa Gloria de la ciudad de Abancay. Es el primer contacto que tiene el paciente con el sector salud a través de los establecimientos de salud que brindan servicios en ambas ciudades. Es la puerta de entrada de la población de ambas ciudades al sistema de salud.

Factores asociados a la depresión. Son todos aquellos factores que tienen alguna relación funcional con la aparición y desarrollo de la depresión en pacientes con atención primaria de la salud de las ciudades de Cusco y Abancay. En este estudio los factores estudiados asociados a la depresión son: Lugar de procedencia, género, etapa vital, grado de instrucción y ocupación.

Niveles de depresión. Son los diferentes niveles categorizados en los siguientes términos, según el Inventario de Depresión de Beck (IDB): *No depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión grave*, cuyas puntuaciones se muestran en el siguiente cuadro:

Niveles de depresión	Puntaje
No depresión	0 – 10 puntos
Depresión leve	11 – 19 puntos
Depresión moderada	20 – 28 puntos
Depresión grave	29 – 63 puntos

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO

El presente estudio es una investigación no experimental, transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) de análisis descriptivo comparativo cuyo propósito es observar el fenómeno de la depresión tal como se da en dos ciudades del sur del país: Cusco y Abancay. Mediante esta investigación se analizan los factores asociados con la depresión y sus características más significativas en pacientes con atención primaria de la salud de Cusco y Abancay. Se hacen comparaciones entre los grupos de datos obtenidos en cada contexto de estudio. También se hacen comparaciones entre grupos y subgrupos de personas según género, edad, procedencia, nivel de instrucción y ocupación. Cabe señalar que este tipo de estudio, por sus características, permite indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta la variable depresión, y, ante todo, los factores asociados a dicha variable.

El diseño es descriptivo comparativo (Sánchez y Reyes, 2005) pues se trata de recolectar información relevante en dos muestras representativas: Pobladores de las ciudades de Cusco y Abancay con respecto al fenómeno de la depresión para hacer una comparación en los datos generales y en los factores asociados en el sentido de cómo se manifiesta la depresión buscando tener una aproximación más objetiva del fenómeno. Esta

información será luego comparada para establecer cuáles son las características predominantes comunes y diferenciales de cada uno de ellos.

El esquema es el que se presenta a continuación:

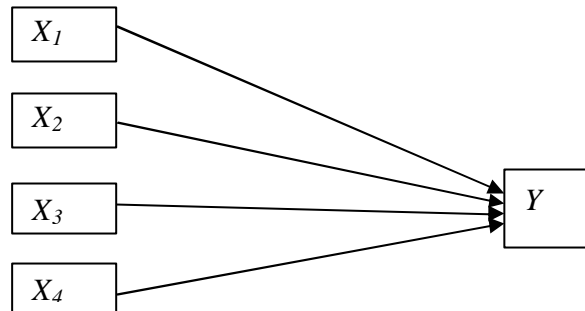
$$\begin{array}{l} M_1 \quad - \quad O_1 \\ M_2 \quad - \quad O_2 \quad \quad O_1 \quad ? \quad O_2 \end{array}$$

Donde:

- M₁: Muestra de pacientes de Cusco
- O₁: Depresión en la muestra de Cusco
- M₂: Muestra de pacientes de Abancay
- O₂: Depresión en la muestra de Abancay

Por otro lado, dada la naturaleza de la investigación se aproxima a los diseños causales, los que describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, a veces en términos correlacionales, y, a veces, en función de la relación causal (Hernández y cols., 2010). Ello implica analizar el fenómeno de la depresión de una muestra de pacientes cusqueños y abanquinos que asisten a la atención primaria de la salud en función de los siguientes factores: Género, etapa de desarrollo humano, nivel de instrucción, ocupación y procedencia (Cusco o Abancay), que se supone, están asociados a la depresión. En este caso la estructura del diseño de investigación está bosquejada en el siguiente gráfico:

Gráfico 1: Diagrama del diseño de investigación



Donde:

- X_1 : Género
- X_2 : Etapa vital
- X_3 : Instrucción
- X_4 : Ocupación
- Y : Depresión

—————> : Causalidad

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población está constituida por individuos mayores de 16 años, que asisten por primera vez al Hospital Regional y al Hospital Antonio Lorena, y también a los centros de salud San Jerónimo, Wánchaq, Ttio, Belenpampa y Siete Cuartones, que pertenecen a la ciudad del Cusco; así como también, los individuos mayores de 16 años que asisten al Hospital Guillermo Díaz de la Vega y a los centros de salud de Tamburco, Pueblo Joven, Bellavista y Villa Gloria, que pertenecen a la ciudad de Abancay. Todos ellos atendidos durante los meses de mayo y junio del año 2011. La población está conformada por un total de 29,400 pacientes atendidos (fueron por primera vez a los establecimientos de salud) de los cuales 20,920 pertenecen a la ciudad del Cusco (71.16%) y 8,480 (28.84%), a Abancay (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la población de pacientes con atención primaria de Cusco y Abancay

CIUDAD	f	%
Cusco	20920	71.16
Abancay	8480	28.84
Total	29400	100.00

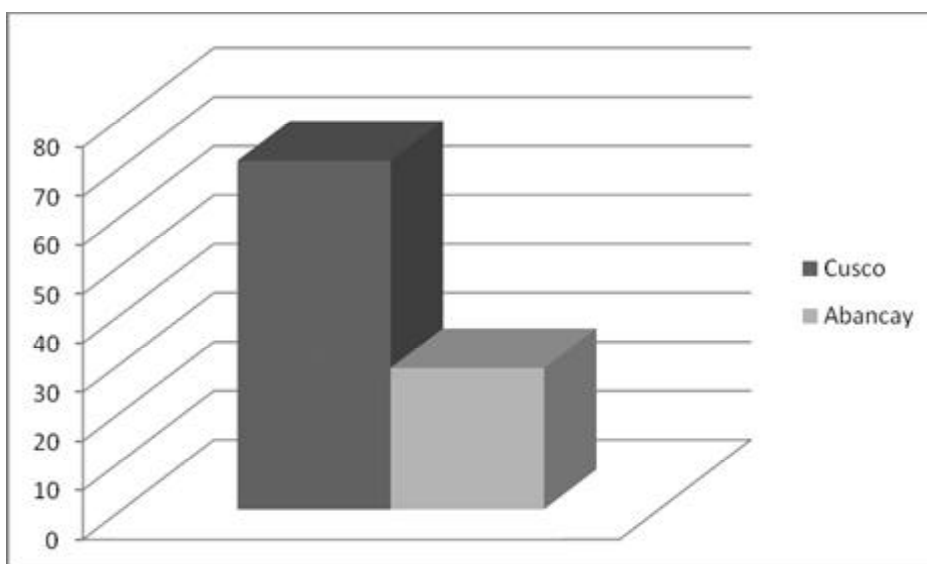


Gráfico 2 Distribución de la población de pacientes con atención primaria de Cusco y Abancay

Muestra

De cada población de las ciudades estudiadas se extrajo una muestra intencional no probabilística del 5%, lo que significa que 1,046 personas pertenecen a la ciudad del Cusco (que son mayores de 16 años, que asistieron por primera vez a los establecimientos de salud en los meses de mayo y junio del año 2011), y 424 personas pertenecen a la ciudad de

Abancay (con las mismas características de los sujetos de la ciudad del Cusco) (tabla 2). En ambos casos, los pacientes que asisten a los diversos establecimientos de salud viven en la misma ciudad, aunque algunos, eventualmente, llegan del interior de ambos departamentos o de sus provincias. Cabe recordar que las capitales de las provincias y distritos de ambas regiones, cuentan con centros o puestos de salud con atención médica general y, muy eventualmente, de especialidad. En ambas regiones, algunas ciudades como Quillabamba, Urubamba, Espinar y Canchis, en Cusco; y Andahuaylas en Apurímac, cuentan con hospitales pequeños.

Tabla 2. Distribución de la muestra de pacientes con atención primaria de Cusco y Abancay

CIUDAD	f
Cusco	1046
Abancay	424
Total	1470

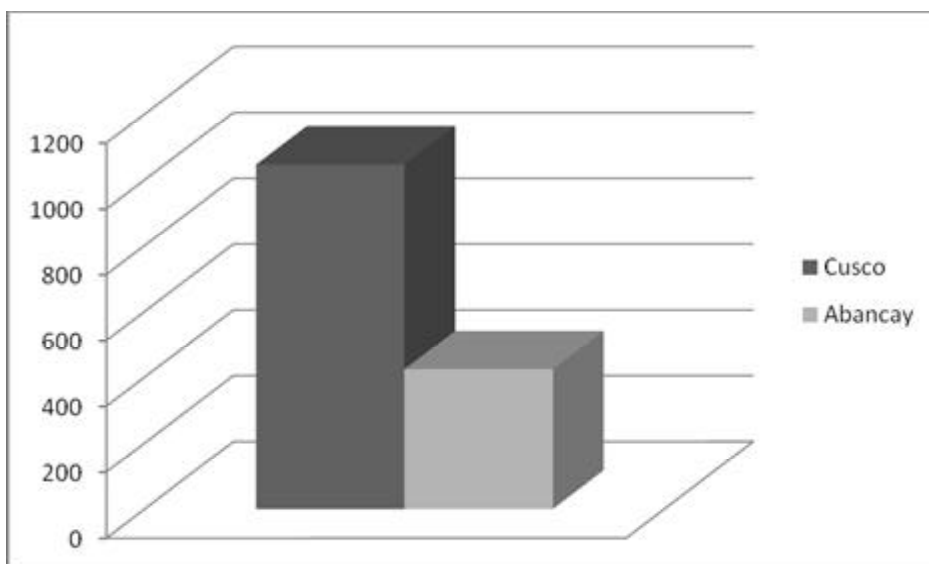


Gráfico 3. Distribución de la muestra de pacientes con atención primaria de Cusco y Abancay

Cabe observar que la elección intencional de la muestra se realizó en consideración de que el instrumento de recolección de información fue aplicado a pacientes que, en sala, esperaban ser llamados para recibir atención médica, y a quienes previamente se les pidió colaborar con la investigación, leyendo y firmando el consentimiento correspondiente, para luego invitarles a responder los 21 ítems que comprende el Inventario de Depresión de Beck (IDB).

Por otro lado, considerando la diferencia de género en la muestra total de ambas ciudades, se puede observar que son 478 varones (32.5%), de los cuales, 364 proceden de la ciudad del Cusco y 114 de Abancay. En cuanto a mujeres estudiadas de ambas ciudades, son 992 mujeres (67.48%), de las que 682 pertenecen al Cusco y 310 a Abancay (ver tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la muestra por procedencia y género

GÉNERO PROCEDENCIA	MASCULINO		FEMENINO	
	f	%	f	%
Cusco	364	34.8	682	65.2
Abancay	114	26.8	310	73.2
Total	478	32.52	992	67.48

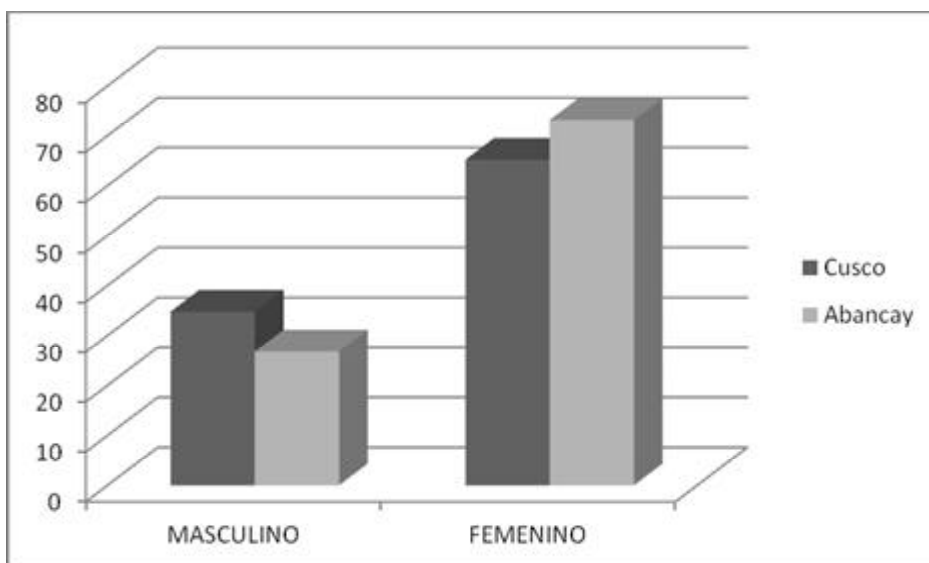


Gráfico 4. Distribución de la muestra por procedencia y género

Se encuentra también que la muestra está distribuida con un 9.5% de adolescentes, y 90,5% de adultos. Los resultados muestran que la mayoría de pacientes con atención primaria de la salud que asisten a los diversos establecimientos de salud, son adultos que en el caso de la muestra, suman un total de 1330, de ellos 934, son de Cusco, y 396, de la ciudad de Abancay (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de la muestra por procedencia y etapa de vida

EDAD CIUDAD	ADOLESCENTE		ADULTO	
	f	%	f	%
Cusco	112	10.7	934	89.3
Abancay	28	6.7	396	93.3
Total	140	9.5	1330	90.5

La distribución de la muestras de Cusco y Abancay adolescentes y adultos, puede ser visualizada claramente en la figura 5.

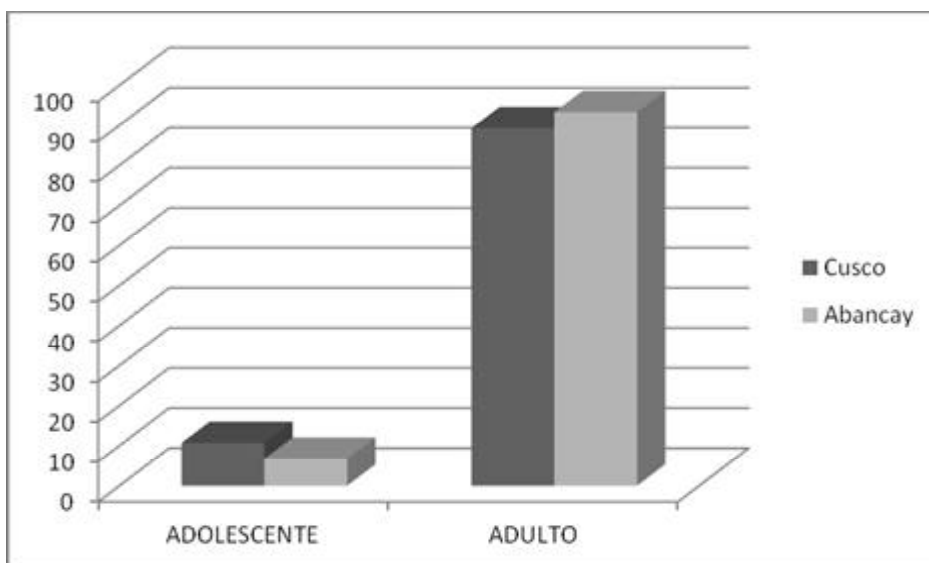


Gráfico 5. Distribución de la muestra por procedencia y etapa de la vida

En cuanto al nivel de instrucción, la muestra está conformada por 1470 sujetos, de los cuales el 55.8% tiene estudios escolares y el 44,2%, cuenta con estudios superiores. Se observa además que el 57% de cusqueños y el 52,8% de abanquinos, tienen niveles de instrucción superior; y el 43% de cusqueños y 47,2% de abanquinos cuenta con estudios superiores. Puede observarse que el porcentaje de sujetos de la muestra de Abancay es mayor a los de Cusco en el nivel escolar (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de la muestra por procedencia e instrucción

INSTRUCCIÓN PROCEDENCIA	ESCOLAR		SUPERIOR	
	f	%	f	%
Cusco	596	57.0	450	43.0
Abancay	224	52.8	200	47.2
Total	820	55.8	650	44.2

La distribución de la muestra de acuerdo al nivel de instrucción puede verse claramente en el siguiente gráfico.

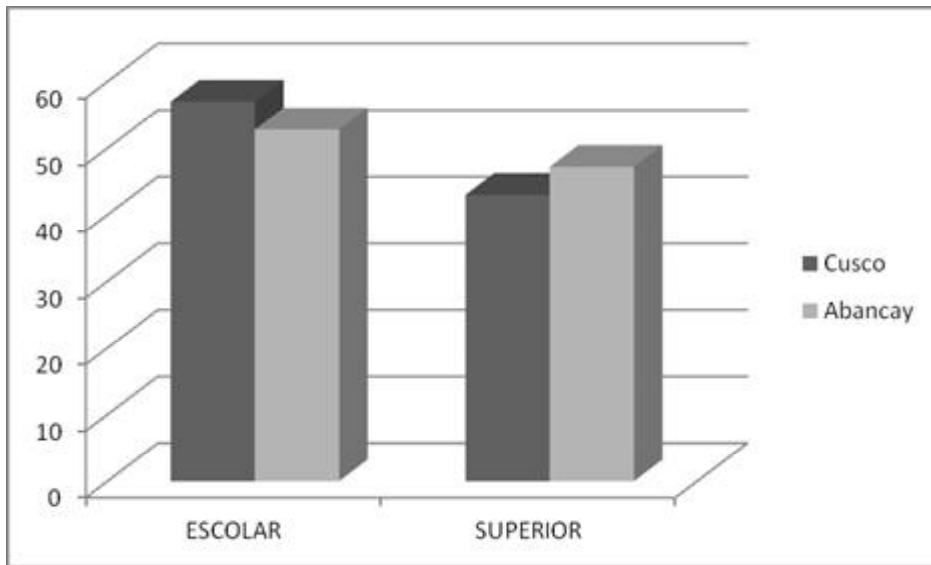


Gráfico 6. Distribución de la muestra por procedencia e instrucción

En lo que se refiere a la ocupación de los sujetos de la muestra, se ha encontrado que en Abancay hay una mayoría (43%) que no trabaja o se dedica a labores domésticas (trabajo en casa) que, en el caso de Cusco, sólo se acerca al 26%. En cuanto al trabajo eventual, en el caso de Cusco, ello ocurre en el 28.8% a diferencia de Abancay que sólo se da en el 4,9%. En lo referente a trabajo estable, en Cusco es casi el 15% y en Abancay, más del 38%. En cuanto a los que tienen como ocupación ser estudiantes, se encuentra, en Cusco, el 30,7%; y, en Abancay, el 13.9%. En general más del 43% del total de la muestra tiene trabajo eventual o estable, el 25.85% son estudiantes y más del 30% se dedican a labores domésticas o no trabajan (tabla 6).

Tabla 6. Distribución de la muestra por ciudad de procedencia y ocupación

OCUPACIÓN CIUDAD	No trabaja/su casa		Eventual		Estable		Estudiante	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Cusco	271	25.9	301	28.8	153	14.6	321	30.7
Abancay	182	43.0	21	4.9	162	38.3	59	13.9
Total	453	30.82	322	21.90	315	21.42	380	25.85

El siguiente gráfico permite visualizar claramente la distribución porcentual de la muestra de acuerdo a la ocupación de los sujetos que participaron en la investigación.

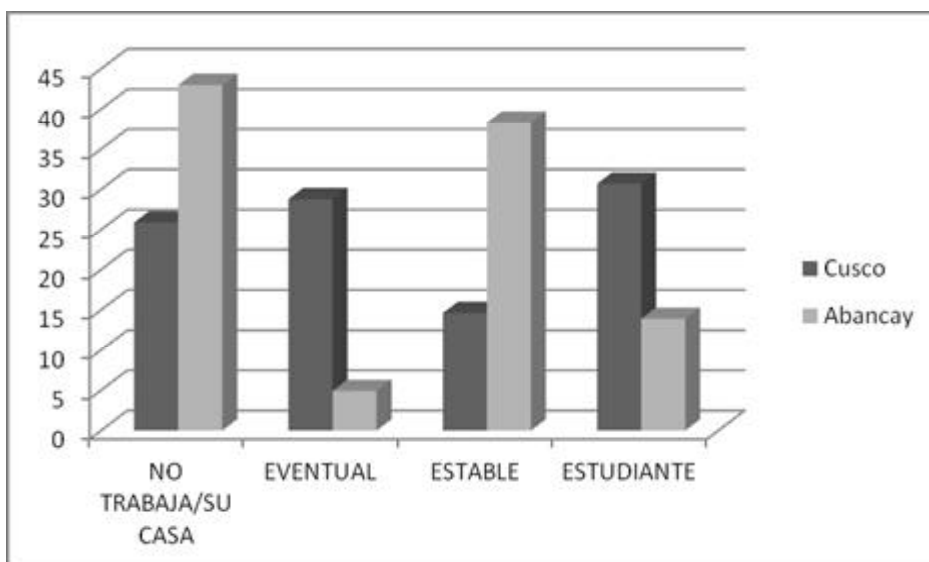


Gráfico 7. Distribución de la muestra por procedencia y ocupación
Criterios de inclusión

- Paciente que asiste a atención primaria de la salud, es decir, que acude a cualquiera de los establecimientos de salud de Cusco o Abancay, en los meses de mayo y junio, por primera vez en lo que va del año.
- Paciente que acepta ser parte del estudio firmando el consentimiento.
- Haber respondido correctamente en la hoja de respuestas del instrumento de recolección de datos.
- Tener un mínimo de 16 años de edad

3.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la investigación se ha utilizado el Inventario de Depresión de Beck (IDB) cuya ficha técnica se presenta a continuación.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB)

Nombre original: Beck Depression Inventory, BDI

Autores	:	A. T. Beck, C.H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, J. Erbaugh
Administración	:	Individual o colectiva.
Duración	:	Sin límite de tiempo.
Puntuación	:	Calificación manual
Evalúa	:	La gravedad del cuadro depresivo

El *Inventario de Depresión de Beck (IDB)*.- Es un instrumento de 21 reactivos, diseñado para evaluar la gravedad de la depresión mediante autovaloraciones (Anastasi y Urbina, 1998). Bulbena, Berríos y Fernández (2001) señalaron que estos 21 ítems evalúan un amplio espectro de síntomas depresivos: Cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos. Presenta mayor porcentaje de ítems cognitivos que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck. Otro elemento distintivo en cuanto a síntomas es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Cada ítem se compone de cuatro a ocho alternativas de respuesta, ordenadas de menor a mayor gravedad. La persona que responde, deberá elegir aquella frase que se aproxime más a cómo se ha sentido en la última semana. La puntuación total del IDB consiste simplemente en la suma de los puntos obtenidos en los 21 ítems, con un rango de 0 a 63.

El IDB cubre bien el tipo de síntomas descritos en el DSM IV, pero incluye otros que no se tienen en cuenta en estos criterios diagnósticos: Irritabilidad, llanto, hipocondría y auto imagen corporal. Por otro lado, la filosofía del IDB es de recoger síntomas por defecto, pero no por exceso, por ejemplo, aumento de peso, agitación psicomotora, hipersomnia, de modo que la idea subyacente a este inventario es que la depresión se caracteriza por una inhibición general, ignorando así otros posibles síntomas de naturaleza contraria que, por ejemplo, si se contemplan en un diagnóstico categoría tipo DSM-IV.

El inventario de Depresión de Beck. Fue desarrollado por Beck y cols. en 1961 y, posteriormente revisado por los mismos en 1979. Este cuestionario revisado fue traducido y adaptado a la población española por Sanz y Vázquez en 1991. Consta de 21 preguntas que

registran el estado de la persona a lo largo de la última semana. La mayoría de las cuestiones se refieren al aspecto de los pensamientos y, una pequeña parte, recoge información sobre el aspecto somático.

Fiabilidad:

El estudio de Vázquez y Sanz, analiza el empleo de la versión de 1979 del Inventario para la Depresión de Beck como instrumento para identificar sujetos depresivos. El análisis de la consistencia interna del BDI arrojó un coeficiente alfa de 0,83, lo que indica una muy buena consistencia interna y es muy similar a los coeficientes encontrados en la literatura con muestras semejantes. Los datos han sido obtenidos en una muestra de 1393 estudiantes universitarios.

El examen de la fiabilidad test-retest es, como en cualquier escala que intente ser sensible al cambio y que pretenda evaluar estados de ánimo, menos relevante. No obstante, en términos generales, la fiabilidad test-retest se sitúa en un rango de 0,60-0,70 para periodos de entre una semana a cuatro meses. En resultados preliminares con muestras españolas universitarias indican una fiabilidad test-retest de 0,70 al cabo de tres meses y alfa de Cronbach de 0,82. (Sanz y Vázquez, 1998)

Validez

Los índices de validez convergente del inventario con respecto a la Escala Autoaplicada de la Depresión de Zung fueron también altos, con correlaciones que oscilaban entre 0,68 y 0,89 para dos subgrupos diferentes de la muestra total. La validez discriminante del BDI respecto a diversos rasgos específicos de ansiedad medidos con autoinformes (ansiedad social, evaluativa, interpersonal y a los exámenes) fue aceptable, con correlaciones relativamente bajas que oscilaban entre 0,11 y 0,45. No se encontraron diferencias entre sexos ni entre grupos de edad en la puntuación total del inventario, por lo que se ofrecen puntuaciones normativas para la muestra total. (Vázquez y Sanz, 1998)

3.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El proceso de colecta de los datos comienza con la emisión del oficio de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Psicología de la UNMSM, dirigido a las direcciones regionales de Salud de Cusco y Apurímac, pidiendo facilidades para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos en los hospitales y centros de salud de la zona periférica de las ciudades de Cusco y Abancay. A su vez, estas autoridades emiten oficios a los directores de los establecimientos de salud para que permitan la recolección de la información necesaria y la aplicación del inventario de Depresión de Beck en los meses indicados en el cronograma.

Se identifican a los pacientes que asisten a atención primaria de salud en los establecimientos de salud indicados, antes de su ingreso a consulta médica u otra. La aplicación de la prueba de Beck y los cuestionarios correspondientes son administradas en forma individual, identificando al paciente con atención primaria de salud, es decir el sujeto debe estar asistiendo por primera vez en lo que va del año a consulta en medicina general u otros servicios que ofrecen los establecimientos de salud. Detectado el caso, el entrevistador establece un diálogo con el paciente en el que se explica el motivo de la entrevista, luego entrega, al paciente, una ficha de consentimiento que debe ser leído y debidamente firmado por el sujeto, para pasar luego a darle las instrucciones para que responda al cuestionario de la entrevista y responda los ítems de la prueba de depresión de Beck. La aplicación del instrumento se realiza en una sola sesión y tiene una duración de entre 10 a 20 minutos por persona.

Efectuada la recolección de datos se elaboró la base de datos con la matriz de puntajes. El tratamiento estadístico de los datos se hizo con apoyo del paquete estadístico SPSS-19, versión en español.

3.5 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para esto se procedió a identificar el tipo de distribución de la muestra (normal o no). Se hizo uso de la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov $K-S$, encontrándose el siguiente resultado:

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

Z de Kolmogorov-Smirnov	p
2,107	0,000

Como $p = 0,000 < 0.05$ la distribución de las puntuaciones no es normal, por consiguiente se deben utilizar estadísticos no paramétricos. Dado que la investigación es a nivel comparativo, se utilizó la prueba t de student en la comparación de dos grupos de datos (género, ciclo vital, procedencia y nivel de instrucción), no se han asumido varianzas iguales. En la comparación de más de dos grupos, se utilizó el ANOVA. Para establecer los factores asociados a la depresión, se utilizó la chi cuadrada (X^2). También se hizo uso de la estadística descriptiva. Para todo se utilizó el paquete estadístico SPSS 19. Como consecuencia se logró datos de frecuencia y porcentaje; comparación de medias aritméticas y asociación, esto ha permitido determinar diferencias significativas o no entre dos o más grupos de datos.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Características psicométricas del IDB

De acuerdo al análisis realizado a través del coeficiente de correlación Alfa de Cronbach, se demuestra estadísticamente que el Inventario de Depresión de Beck, tiene

confiabilidad y consistencia interna, válidas para la investigación realizada en Cusco y Abancay.

Cabe aclarar que el análisis psicométrico del instrumento se hizo, en una primera etapa, con 106 sujetos, de los cuales 51 son depresivos (casos) y 55 no depresivos (no casos). Los primeros son aquellos que tienen diagnóstico clínico de depresivos, en cualquier establecimiento de salud de ambas ciudades, y los otros no. Los resultados que se obtuvieron demuestran confiabilidad y consistencia interna del IDB con un alfa de cronbach de .910 para los 21 elementos o ítems.

De igual manera se hizo el análisis psicométrico con la totalidad de sujetos estudiados (1470), encontrándose una confiabilidad y consistencia interna al .84, lo cual indica que la prueba tiene un adecuado nivel de consistencia interna. Ambos niveles de confiabilidad se hallan dentro del rango aceptable o significativo para establecer que el instrumento utilizado es técnicamente adecuado. Además, al relacionar el puntaje total con cada uno de los ítems, se han encontrado coeficientes de correlación significativos (ver anexos).

Por otro lado, se ha verificado la validez de la prueba a través del análisis factorial que busca relación interna entre los ítems, los agrupa y los dimensiona, lo cual ha sido demostrado con un resultado de .914, y una significación de .000, lo cual demuestra la validez de la prueba. Finalmente se ha obtenido la curva de COR, para ello se ha trabajado con el total de evaluados encontrándose además un baremo para la muestra estudiada (ver anexos).

Frecuencias de los niveles de depresión de la muestra total

Como se observa en la tabla 7, del total de los sujetos estudiados (pobladores de Cusco y Abancay) casi el 75% presenta algún nivel de depresión, o sea, el 28.6% presenta depresión leve, el 26.9% presenta depresión moderada y el 19.1% se encuentra en el nivel de depresión grave, lo cual indica que el mayor número de sintomatología depresiva está entre la depresión leve y moderada sin dejar de ser significativa la depresión grave que, en

nuestro estudio se presenta en 282 personas que representan el 19,1%. También se observa que un 25.4% no presentan signos significativos de depresión (según los resultados de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck). El gráfico 8 nos permite visualizar los resultados encontrados en el cual se nota claramente la mayor presencia de la depresión leve, seguida de la moderada y la depresión grave.

Tabla 7. Niveles de depresión de la muestra total (Cusco/Abancay)

Nivel de depresión	f	%
No depresión	373	25.4
Depresión leve	420	28.6
Depresión moderada	395	26.9
Depresión grave	282	19.1
Total	1470	100.0

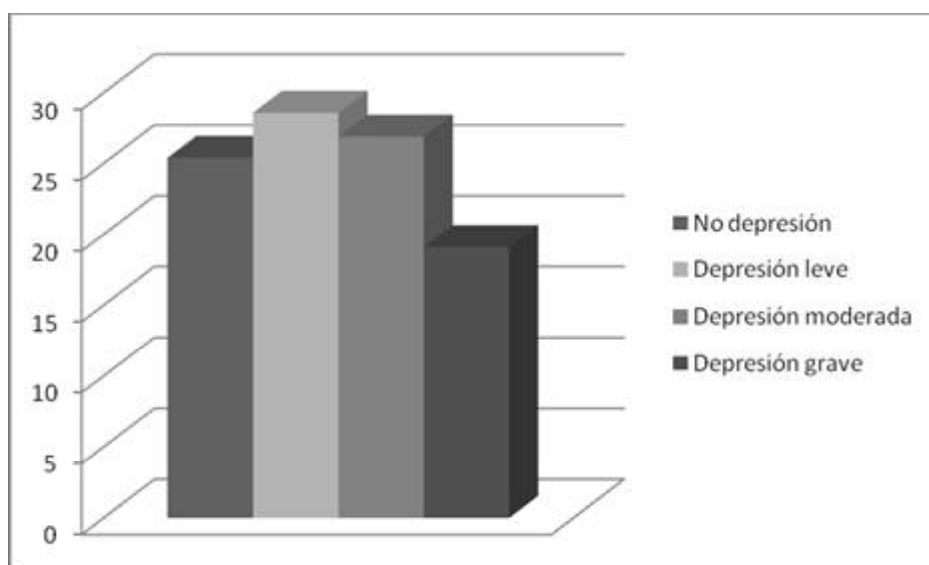


Gráfico 8. Niveles de depresión de la muestra total (Cusco/Abancay)

Frecuencias de los niveles de depresión de los sujetos que viven en Cusco y en Abancay

Haciendo la comparación correspondiente de los resultados encontrados en cuanto a niveles de depresión por ciudades, Cusco y Abancay, se observa que el 20.9%, de la

muestra cusqueña y el 47.8% de la muestra abanquina, no presentan depresión; el 30.1% de la muestra cusqueña y el 20.6% de la apurimeña, presentan depresión leve; el 28.1 de la muestra de Cusco y el 21.1% de abanquinos, presentan depresión moderada; mientras que el 20.8% de la muestra de Cusco y el 10.5 de la muestra de Abancay, presentan depresión grave (ver tabla 8). En general se observa mayor incidencia de los niveles de depresión según el IDB en la ciudad del Cusco que en la de Abancay. En el caso del nivel grave de depresión, en términos porcentuales, la ciudad del Cusco presenta mayor incidencia que la ciudad de Abancay. Estos datos corroboran la diferencia de la presencia de los diferentes niveles de depresión en ambas ciudades, observándose las mayores incidencias de esos niveles en Cusco que en Abancay. En el gráfico 9 permite ver con claridad los resultados encontrados, observándose que en todos los niveles de depresión el porcentaje es mayor en Cusco que en Abancay.

Tabla 8. Niveles de depresión por ciudad (Cusco/Abancay)

Ciudad Nivel	Cusco		Abancay	
	f	%	f	%
No depresión	219	20.9	203	47.8
Depresión leve	315	30.1	87	20.6
Depresión moderada	294	28.1	89	21.1
Depresión grave	218	20.8	45	10.5
Total	1046	100.0	424	100.0

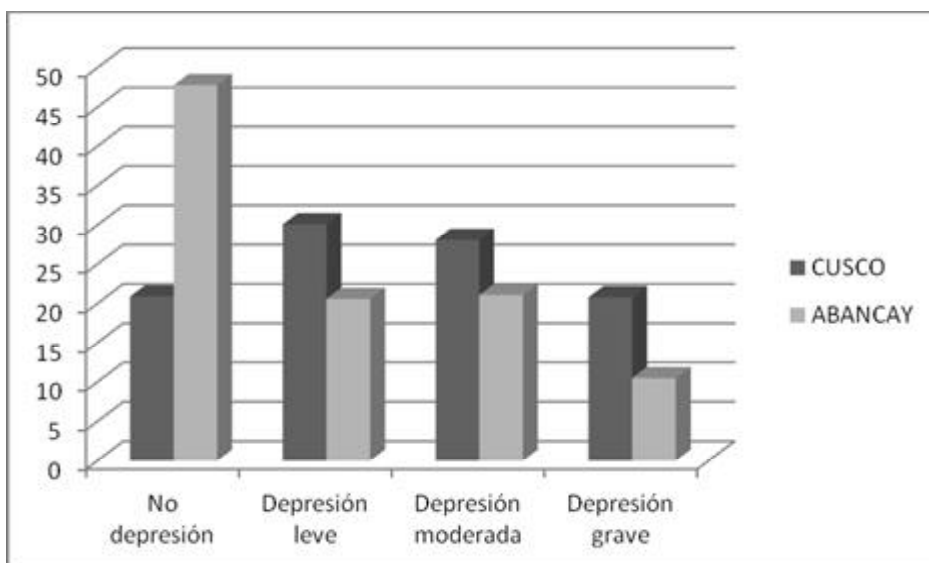


Gráfico 9. Niveles de depresión por ciudad (Cusco/Abancay)

Frecuencias de los niveles de depresión según género en Cusco y Abancay

Haciendo las comparaciones en cuanto se refiere al género en relación a la procedencia, se ha encontrado que la depresión leve en los varones de Cusco se da en el 31%, y en los varones de Abancay, en el 19.6%. En el caso de las mujeres cusqueñas la depresión leve se presenta en un 29.6%, mientras que en las mujeres de Abancay, en un 20.9%. En cuanto a la depresión moderada, se presenta en el 28.3% de varones cusqueños, y en el 23.2% de varones abanquinos; en el caso de las cusqueñas, la depresión moderada se presenta en el 28.3%, y en las abanquinas, el 20.3%. En el nivel de depresión grave, se ha encontrado a un 19% de cusqueños y 16.1% de abanquinos; en el caso de las cusqueñas, la depresión grave se presenta en el 21.8% y en las abanquinas sólo en el 8.5% (ver tabla 9). Se ha encontrado una diferencia clara en función al género puesto que la depresión se puede observar más en la muestra de Cusco que en los de Abancay. El gráfico 10 ilustra claramente los resultados encontrados con mayor objetividad y la diferencia en los niveles leve y moderado de la depresión puede observarse claramente a favor de los cusqueños y cusqueñas, en el sentido de presentarse mayores porcentajes de depresión Sin embargo en la depresión grave la diferencia porcentual de las cusqueñas con las abanquinas, es mucho mayor.

Tabla 9. Niveles de depresión por género y procedencia

Género	Varón				Mujer			
	Cusco		Abancay		Cusco		Abancay	
Nivel	f	%	f	%	f	%	f	%
No depresión	79	21.7	47	41.1	140	20.5	156	50.3
Depresión leve	113	31.0	23	19.6	202	29.6	65	20.9
Depresión moderada	103	28.3	26	23.2	191	28.0	63	20.3
Depresión grave	69	19.0	18	16.1	149	21.8	26	8.5
Total	364	100.0	114	100.0	682	100.0	310	100.0

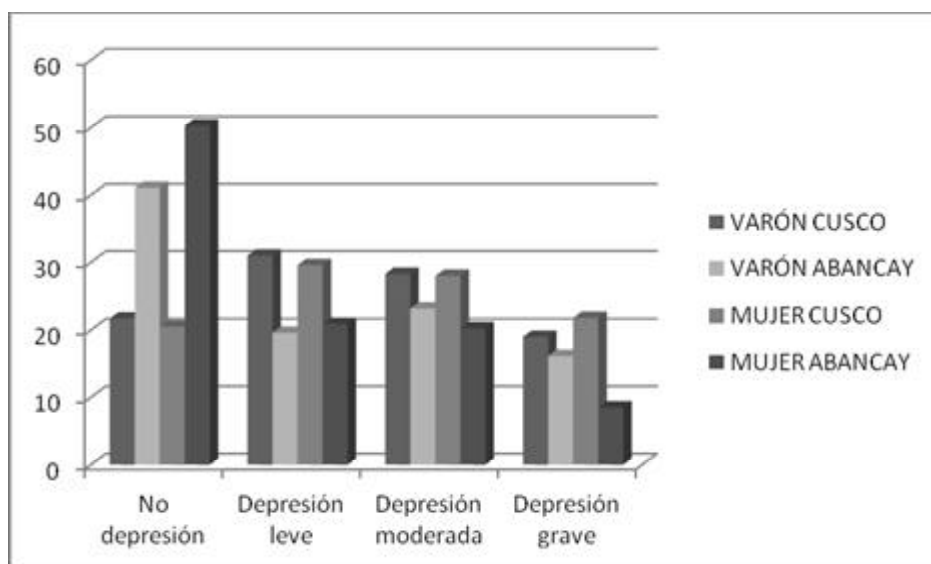


Gráfico 10. Niveles de depresión por género y procedencia

Frecuencias de los niveles de depresión según etapa vital (adolescencia/adulthood), en Cusco y Abancay

En cuanto a los niveles de depresión por etapa de la vida en función a la procedencia, se encuentra que los adolescentes cusqueños presentan depresión leve en un 26.8% y los abanquininos en un 42.9% en el mismo nivel de depresión; éste se da en un 30.5% de adultos cusqueños y en un 18.9% de adultos abanquininos. En cuanto a la depresión moderada, ésta se ha podido encontrar en el 25% de adolescentes cusqueños y en el 28.6% de abanquininos; se encuentra también en el 28.5% de adultos cusqueños y en el

20.5% de abanquinos. En cuanto a la depresión grave, ésta se refleja en el 25% de los adolescentes cusqueños frente al 14.3% de abanquinos; en el 20.3% de adultos cusqueños y el 10.4% de abanquinos. En el caso de la muestra cusqueña resalta la depresión leve aunque la diferencia con el nivel moderado y grave es tan solo poco menos del 2%; puede observarse también, en esta etapa de la vida a casi el 77% de adolescentes cusqueños en algún nivel de depresión. En la muestra de adolescentes abanquinos resalta el nivel de depresión grave con una mayor diferencia en relación al nivel moderado y el grave, encontrándose además que más del 85% muestra algún nivel de depresión, como se puede observar ello es mucho menor en los adolescentes cusqueños. En cuanto a los adultos cusqueños, también se encuentra el nivel de depresión leve por encima de los niveles moderado y grave, observándose además que casi el 80% de estos se ubica en algún nivel de depresión (ver tabla 10).

En el caso de los adultos abanquinos se encontró mayor depresión en el nivel moderado, sin embargo poco menos del 50% de la muestra no presenta depresión. En cuanto a diferencias por etapas vitales y niveles de depresión, se encuentra que el porcentaje de adolescentes cusqueños con depresión leve es menor que el de los abanquinos; la depresión moderada es también mayor en los adolescentes abanquinos, y solamente en el nivel de depresión grave, se encontró que los adolescentes cusqueños es porcentualmente mayor que los abanquinos; en el caso de los adultos se encontró que, en todos los niveles, hay mayor porcentajes en la muestra cusqueña en relación a la abanquina. Es posible que esto ocurra en la población general de ambas ciudades, es decir que la presencia de la depresión es porcentualmente mayor en Cusco que en Abancay.

El gráfico 11 permite visualizar con mayor objetividad los resultados encontrados, puede observarse con claridad las diferencias, particularmente en la no depresión que es más que al doble en la muestra de Abancay.

Tabla 10. Niveles de depresión por etapa vital y procedencia

Edad	Adolescente		Adulto	
	Cusco	Abancay	Cusco	Abancay

Nivel	f	%	f	%	f	%	f	%
No depresión	26	23.2	04	14.3	193	20.7	199	50.3
Depresión leve	30	26.8	12	42.9	285	30.5	75	18.9
Depresión moderada	28	25.0	08	28.6	266	28.5	81	20.5
Depresión grave	28	25.0	04	14.3	190	20.3	41	10.4
Total	112	100.0	28	100.0	934	100.0	396	100.0

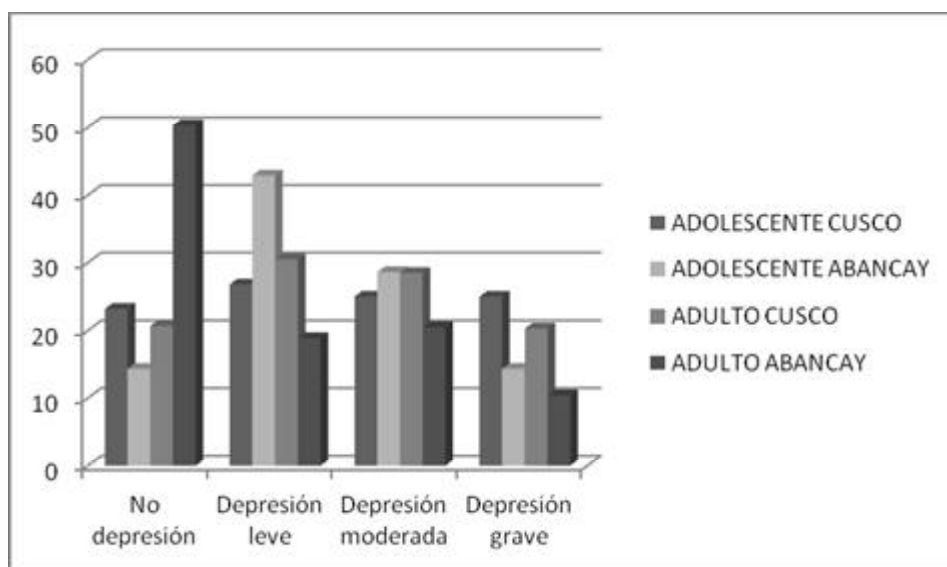


Gráfico 11. Niveles de depresión por edad y procedencia

Frecuencias de los niveles de depresión según instrucción, en Cusco y Abancay

La tabla 11 refleja los resultados comparativos de la depresión en cuanto a procedencia según grado de instrucción, así se puede observar que el nivel de depresión leve se presenta en un 27.5% de cusqueños y en un 29.5% de abanquinos con educación escolar, y en un 33.6% de cusqueños y 20.5% de abanquinos con educación superior. En cuanto a la depresión moderada, se encontró en el 32% y 33% de la muestra de cusqueños y abanquinos respectivamente, con instrucción escolar; y en el 22.9% de cusqueños del nivel superior y en el 13% de abanquinos de este mismo nivel. En lo que se refiere a la depresión grave se encontró en el 27% de cusqueños y en el 19.6% de abanquinos con instrucción escolar, y en el 12.7% de cusqueños y el 11% de abanquinos con instrucción superior.

Puede observarse además una relativa diferencia a favor de los abanquinos con instrucción escolar en relación a los cusqueños, en lo referente a la depresión leve que, en el caso de los primeros, es porcentualmente mayor, ello no ocurre en la muestra de los sujetos con educación superior donde esta relación es contraria, es decir que se presenta un porcentaje mayor en los cusqueños que en los abanquinos. La depresión moderada en ambas muestras con instrucción escolar apenas tiene una diferencia de uno por ciento a favor de los sujetos de Abancay, esto es diferente en el caso de los que tienen instrucción superior pues en el nivel de depresión moderada hay una diferencia porcentualmente significativa considerando que en la muestra cusqueña refleja casi el 23% y la abanquina sólo en un 13% con depresión moderada. En cuanto a la depresión grave los resultados encontrados permiten observar las diferencias a favor de la muestra cusqueña en ambos niveles de instrucción pues en todos hay mayor porcentaje en los cusqueños que en los abanquinos, esto corrobora lo que se ha ido observando en los resultados presentados anteriormente, pues la depresión es mayor en Cusco que en Abancay. Se considera que esto también se refleja en la población general de ambas ciudades.

El gráfico siguiente ilustra objetivamente los resultados encontrados, donde resalta la diferencia porcentualmente mayor de la muestra de Cusco en relación a la de Abancay (gráfico 12).

Tabla 11. Niveles de depresión por grado de instrucción y procedencia

Instrucción	Escolar				Superior			
	Cusco		Abancay		Cusco		Abancay	
Nivel	f	%	f	%	f	%	f	%
No depresión	80	13.4	40	17.9	139	30.9	111	55.5
Depresión leve	164	27.5	66	29.5	151	33.6	41	20.5
Depresión moderada	191	32.0	74	33.0	103	22.9	26	13.0
Depresión grave	161	27.0	44	19.6	57	12.7	22	11.0
Total	596	100.0	224	100.0	450	100.0	200	100.0

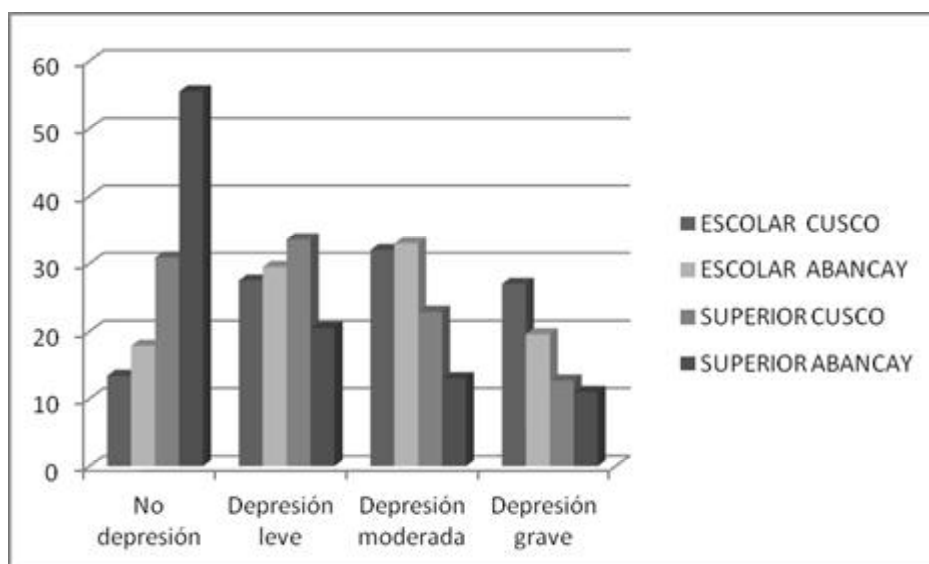


Gráfico 12. Niveles de depresión por grado de instrucción y procedencia

Frecuencias de los niveles de depresión según ocupación, en Cusco y Abancay

En lo que se refiere a la descripción de los resultados según procedencia y ocupación, se pudo encontrar que la depresión leve se presenta en el 28.8% de cusqueños y en el 26.7% de abanquinos que no trabajan, también se presenta en el 27.2% de cusqueños y en el 10% de abanquinos que trabajan eventualmente; en el 30.1% de cusqueños y el 16.3% de abanquinos que tienen trabajo estable; y en el 34% de cusqueños y el 17.2% de abanquinos que son estudiantes. La depresión moderada se ha encontrado en el 32.5% de

cusqueños y en el 20% de abanquinos que no trabajan; en el 31.2% de cusqueños y el 50% de abanquinos que trabajan eventualmente; en el 19.6% de cusqueños y 12.5% de abanquinos que trabajan de manera estable, y en el 25.5% de cusqueños y 37.9% de abanquinos que son estudiantes (ver tabla 12). Puede observarse también que la depresión leve se presenta más en todos los grupos muestrales de Cusco que de Abancay, es decir, en los que no trabajan, trabajan eventual o establemente o son estudiantes. En el caso de la depresión moderada ocurre lo mismo en los que no trabajan y los que tienen trabajo estable, sin embargo en los que tienen trabajo eventual o son estudiantes la diferencia es a favor de los abanquinos donde se encuentran mayores porcentajes. En el nivel de depresión grave la diferencia porcentualmente mayor se da en la muestra cusqueña de los que no trabajan, tienen trabajo eventual y trabajo estable, solamente en los estudiantes la depresión grave es porcentualmente mayor en la muestra de Cusco. El gráfico 13 permite visualizar los resultados de manera clara.

Tabla 12. Niveles de depresión por ocupación y procedencia

Ocupación Nivel	No trabaja		Trabajo eventual				Trabajo estable				Estudiante					
	Cusco		Abancay		Cusco		Abancay		Cusco		Abancay		Cusco		Abancay	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
No depresión	39	14.4	77	42.2	49	16.3	06	30.0	51	33.3	103	63.8	80	24.9	16	27.6
Dep. leve	78	28.8	49	26.7	82	27.2	02	10.0	46	30.1	27	16.3	109	34.0	10	17.2
Dep. moderada	88	32.5	36	20.0	94	31.2	11	50.0	30	19.6	20	12.5	82	25.5	23	37.9
Dep. grave	66	24.4	20	11.1	76	25.2	02	10.0	26	17.0	12	7.5	50	15.6	10	17.2
Total	271	100	182	100	301	100	21	100	153	100	162	100	321	100	59	100

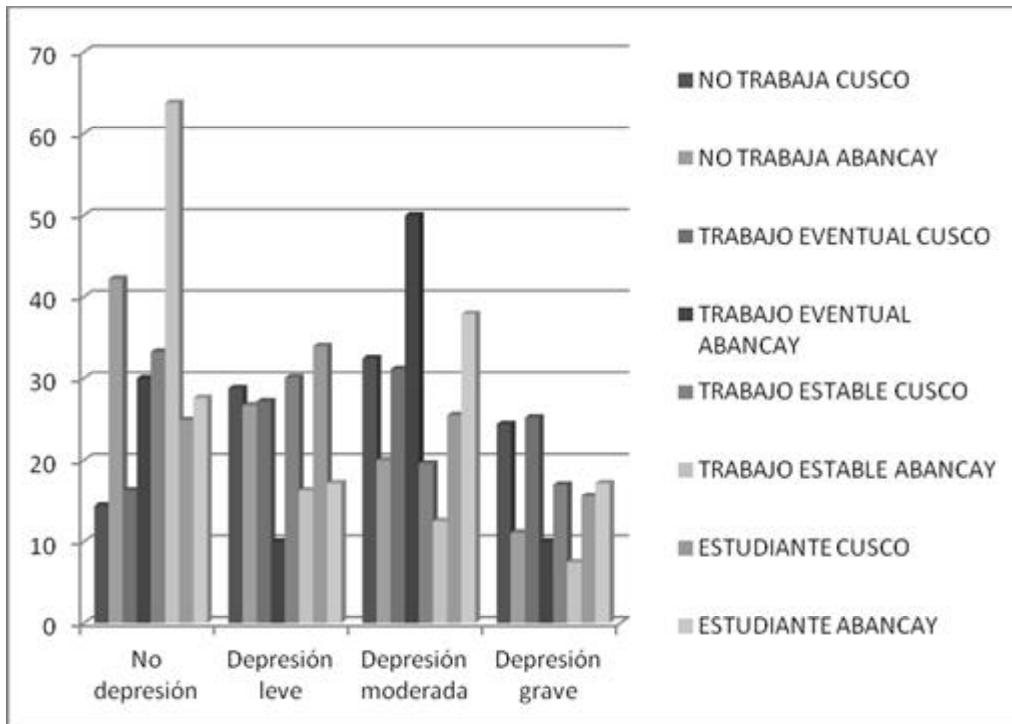


Gráfico 13. Niveles de depresión por ocupación y procedencia

Diferencias de medias aritméticas referente a los niveles de depresión de la muestra total (Cusco/Abancay)

La media aritmética de los puntajes del grupo de sujetos pertenecientes a la ciudad del Cusco, a quienes se les administró el IDB, fue de 19,36, media que se ubica en el nivel leve de depresión, según el IDB; en tanto que, la media aritmética de los puntajes obtenidos por el grupo de sujetos de la ciudad de Abancay, mediante el IDB, fue de 13,78, media que se ubica en el nivel leve de depresión. Sin embargo, aplicando la t de student para determinar si esas medias poseen alguna diferencia estadística, se encontró que existe diferencia significativa entre dichas medias, considerando una $t = -7,021$ y $p = 0,000$, lo que indicaría que los sujetos de la muestra cusqueña manifiestan signos de depresión leve de mayor intensidad que la de los sujetos de la muestra abanquina (ver tabla 13).

Tabla 13. Prueba *t* para muestras independientes por ciudad de procedencia

Procedencia	N	X	S	t	g.l.	p
Cusco	1046	13,78	10,631			
Abancay	424	19,36	9,718	-7,021	281,692	0,000

n 1470

Diferencias de medias aritméticas referente a los niveles de depresión de la muestra total por género

En relación a la muestra total estudiada, considerando la diferencia de la variable género, los pacientes varones obtuvieron una media aritmética de 18,47, que los ubica en el nivel de depresión leve del IDB; mientras que la media de las pacientes mujeres fue de 18,41, que se encuentra en el nivel de depresión leve del IDB. Aplicando la *t* de student para determinar si entre esas medias existen diferencias significativas, se halló que no hubo tal diferencia, considerando una $t = 0,094$ y $p = 0,925$, lo cual significó que la presencia de signos depresivos de nivel leve, según el IDB, es similar en ambos grupos de pacientes, hombres y mujeres (ver tabla 14).

Tabla 14. Prueba *t* para muestras independientes por género

Género	N	X	S	t	g.l.	p
Hombre	420	18,47	10,631			
Mujer	835	18,41	10,091	0,094	839,385	0,925

n 1470

Diferencias de medias aritméticas referente a los niveles de depresión de la muestra total por etapa vital (adolescencia y adultez)

Referente a la muestra total, considerando la diferencia de la variable etapa vital (adolescencia/adultez), el grupo de pacientes adolescentes obtuvo una media aritmética de

19,98, según las puntuaciones resultantes del IDB, que está ubicado en el nivel leve de depresión según el IDB; en tanto que, el grupo de pacientes adultos tuvieron una media aritmética de 18,26, según los puntajes arrojadas por el IDB, ubicado también en el nivel leve de depresión, según el IDB. Aplicando la *t* de student con la finalidad de averiguar si existen diferencias significativas entre ambas medias aritméticas, se encontró que no hay diferencias significativas entre esas medias, considerando una $t = 1,821$ y $p = 0,710$, lo que indicaría que tanto pacientes adolescentes como adultos presentan signos depresivos en un mismo nivel (ver tabla 15).

Tabla 15. Prueba *t* para muestras independientes por etapa vital

Etapa vital	N	X	S	t	g.l.	p
Adolescente	140	19,98	10,020			
Adulto	1330	18,26	10,086	1,821	154,644	0,710

n 1470

Diferencias de medias aritméticas referente a los niveles de depresión de la muestra total por instrucción (escolar/superior)

En relación a la muestra total, considerando la variable diferencia de grado de instrucción, el grupo de sujetos con educación escolar obtuvo una media aritmética de 21,08, que los ubica en el nivel moderado de depresión según el IDB; mientras que el grupo de sujetos con educación superior obtuvieron una media aritmética de 15,09, que los ubica en el nivel leve de depresión según el IDB. Aplicando la *t* de student para establecer si existen diferencias estadísticas significativas entre ambas medias aritméticas, se halló que hay tales diferencias, considerando una $t = 10,837$ y $p = 0,000$, lo que estaría indicando que esta variable es un factor significativo asociado a la depresión en la muestra estudiada (ver tabla 16).

Tabla 16. Prueba t para muestras independientes por instrucción

Instrucción	N	X	S	t	g.l.	p
Escolar	820	21,08	9,317	10,837	1145,616	0,000
Superior	650	15,09	10,039			

n 1470

Diferencias de medias aritméticas referente a los niveles de depresión de la muestra total por ocupación (no trabaja/trabajo eventual/trabajo estable/estudiante)

En relación a la muestra total, considerando la variable diferencia ocupacional, el grupo de sujetos que no trabaja obtuvo una media aritmética de 19,52, que lo ubica en el nivel superior de depresión leve (próximo al nivel de depresión moderada) según el IDB; mientras que el grupo de sujetos que tiene trabajo eventual tiene una media aritmética de 20,78, que lo ubica en el nivel de depresión moderada, según el baremo del IDB; en tanto que, la media aritmética del grupo que tiene trabajo estable es de 14,48, que lo ubica en el nivel de depresión leve según el IDB; y, respecto al grupo de los que estudian, la media aritmética es de 17,86, que se ubica en el nivel de depresión leve, según el IDB.

Como se puede observar los sujetos que no trabajan y los que trabajan eventualmente, se ubican en el nivel moderado de la depresión a diferencia de los que estudian y los que tienen trabajo estable que se ubican en un nivel de depresión leve. En base a esto y para verificar estadísticamente si existen diferencias significativas, se utilizó la prueba ANOVA en consideración a que se tienen cuatro variables a comparar. El resultado encontrado, en cuanto a significancia, es $p = 0,000$ que permite afirmar que por lo menos uno de los grupos es significativamente diferente. Se aplicó una prueba post hot de Tukey para encontrar grupos diferentes (ver tabla 17).

Tabla 17. ANOVA de un factor según ocupación

	Suma de cuadrados	g.l.	Media cuadrática	f	p
Inter- grupos	5892,106	3	1964,035	20,184	,000
Intra- grupos	121732,089	1251	97,308		
Total	127624,194	1254			

Al relacionar las medias de los participantes que no trabajan con los que tienen un trabajo estable, se encuentra $p = 0,000$; al relacionar las medias de los sujetos que trabajan eventualmente con las medias de los participantes con trabajo estable, se encuentra $p = 0,000$; y al relacionar las media de los que tienen trabajo estable con las medias de los estudiantes, se encuentra $p = 0,001$. Esos resultados estarían indicando que existen diferencias significativas a favor de los que tienen trabajo estable (ver tabla 18).

Tabla 18. Comparaciones múltiples según ocupación

Ocupación (I)	X	Ocupación (J)	Diferencia de medias (I-J)	p
No trabaja	19,52	Trabajo eventual	-1,257	,352
		Trabajo estable	5,040*	,000
		Estudiante	1,661	,112
Trabajo eventual	20,78	No trabaja	1,257	,352
		Trabajo estable	6,297*	,000
		Estudiante	2,918*	,001
Trabajo estable	14,48	No trabaja	-5,040*	,000
		Trabajo eventual	-6,297*	,000
		Estudiante	-3,379*	,000
Estudiante	17,86	No trabaja	-1,661	,112
		Trabajo eventual	-2,918*	,001
		Trabajo estable	3,379*	,000

Prueba estadística (X^2) para establecer los factores asociados con la depresión en la muestra total

Para responder al objetivo general del presente estudio se recurrió a relacionar la variable dependiente, niveles de depresión con las variables de control. Se utilizó la prueba chi cuadrado por tener datos cualitativos a relacionar. Al 95% de confiabilidad, se afirma que el grado de instrucción es un factor asociado a la depresión, con $p = 0,00 < 0,05$. Al 95% de confiabilidad, se afirma también que la ocupación es un factor asociado a la depresión, con $p = 0,00 < 0,05$. Finalmente, al 95% de confiabilidad, se afirma que la procedencia es otro factor asociado a la depresión, con $p = 0,00 < 0,05$. Ello no ocurre con las variables género y etapa de vida, donde no se halló asociación significativa (ver tabla 19).

Tabla 19. Factores asociados a la depresión

Variable dependiente	VARIABLES DE CONTROL	X^2	p
Depresión	Género	,750	,861
	Etapa vital	4,630	,592
	Grado de instrucción	111,843	,000
	Ocupación	69,125	,000
	Procedencia	69,095	,000

Actividades con casos detectados

Considerando que, de acuerdo a los resultados, más del 74% de sujetos de la muestra refleja algún nivel de depresión, se ha tratado de identificar, por lo menos, a algunos de ellos, para profundizar un poco más la información en relación a posibles causas y las características de estas personas. Para ello, a través de la Estrategia Sanitaria Salud Mental y Cultura de Paz de los establecimientos de salud del MINSA que está a cargo de psicólogos se detectó a estos pacientes, de tal forma que solamente con los que asistieron a las citas se pudo, a través de la entrevista, conocer más profundamente el problema, el tiempo de sufrimiento, las posibles causas y, cuando fue necesario, recomendar las medidas promocionales y preventivas necesarias o, en un caso de mayor profundidad del problema,

recomendar la referencia a establecimientos de mayor complejidad, teniendo en cuenta para ello el Flujograma de Atención de Pacientes con Depresión en el Nivel I 1, 2, 3 y 4 (MINSA, 2008). Este flujograma establece gráficamente los pasos a seguir desde el diagnóstico, el tratamiento hasta la alta del paciente. Se han recomendado medidas promocionales y preventivas, cuando la depresión correspondía a los niveles leve y moderado, y la referencia a establecimientos de mayor complejidad, si el nivel correspondía al nivel grave.

Se ha recomendado también trabajar con las familias, particularmente, en el primer nivel de atención, en la consideración de que una sólida red de soporte social es importante para la prevención y recuperación de la depresión. El soporte de la familia y los amigos es saludable y positivo, teniendo en cuenta sus valores, creencias y costumbres y recordando que los valores andinos como el amor a la pachamama pueden ser útiles a la hora de trabajar con los casos detectados.

En general se encuentra que los sujetos que presentan depresión, además de sufrir alguna dolencia física por el que acudieron al establecimiento de salud, reflejan problemas familiares asociados a limitaciones económicas, estar desocupados o tener trabajo eventualmente. Los problemas familiares están relacionados a conflictos con la pareja y con los hijos, no tener vivienda propia, necesidades económicas que no permiten cubrir los gastos básicos necesarios, entre otros.

También se han tenido entrevistas con adolescentes toda vez que los resultados de nuestro estudio nos permiten afirmar que en estos la depresión es más frecuente que en el grupo de adultos. Ellos manifestaron sus problemas familiares al no poder ponerse de acuerdo con sus padres en cuanto a sus relaciones interpersonales y en cuanto a responsabilidades domésticas. Muchos otros consideran que la causa es la coacción del colegio por su bajo rendimiento que juntamente con la presión familiar, les ocasionan tristeza, preocupación y depresión. Los adolescentes manifestaron además los continuos problemas y discusiones de sus padres y con sus padres, y en muchos casos las familias separadas.

En cuanto a los estilos de vida se encontró, en muchos de ellos, carencia de afectividad como probable factor desencadenante, ello en el caso de las familias rígidas que parecen ser más proclives a la depresión. Se han encontrado casos de inestabilidad emocional de los padres de familia, en muchos casos, tan solo la madre por no contar con la presencia de la figura paterna, la depresión materna aparece como un elemento importante en la depresión del niño y en su futuro. En estos casos se ha recomendado trabajar con la familia y su red social, el soporte de la familia y amigos ha de ser saludable y positivo. Además, considerando sus creencias profundas, se ha recomendado tomar las mismas en consideración pues las personas con creencias profundas tienen un menor riesgo de depresión.

Considerando que el nivel de instrucción, la ocupación y la procedencia, están fuertemente asociados con la presencia de la depresión en las muestras estudiadas, se pudo verificar que quienes no tienen posibilidades laborales en ambas ciudades, son los que reflejan depresión moderada, en el caso de Cusco donde hay menos oportunidad laboral, la preocupación de estos pacientes es más significativa. En relación a estos casos también se recomendó trabajar con la familia y los amigos, el soporte familiar y social son importantes.

4.1 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A través de la investigación se analizaron las variables de género, etapa de desarrollo vital, nivel de instrucción (escolar o superior) y ocupación, como posibles factores que estarían asociados con la depresión en pacientes con atención primaria de salud en diversos establecimientos que dependen del Ministerio de Salud, en las ciudades de Cusco y Abancay.

En general, basados en los resultados de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (IDB), que mide la depresión en los siguientes niveles: No depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión grave, se puede afirmar que sólo una cuarta parte de

la muestra total no presenta depresión, el resto refleja algún nivel de depresión, en la que la depresión leve es la de mayor porcentaje, seguida de la depresión moderada y la grave (que se presenta en la quinta parte de la muestra total estudiada). Estos resultados se parecen a los encontrados por Acosta y García (2007), quienes en un estudio con adultos mayores encontraron indicadores de depresión en parte de su muestra, y el resto de los sujetos estudiados mostraron signos depresivos de nivel medio de depresión. Relacionando estos resultados con los encontrados por Riveros, Hernández y Rivera (2007) en una investigación sobre el nivel de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, se observó que casi el 13% de la muestra presenta depresión. Los resultados encontrados son reforzados por el reporte de la Dirección Regional de Salud de Apurímac, del 2009, en el que indican la presencia de más de 5,000 casos de trastornos depresivos y alrededor de 150 intentos de suicidio durante el año. Esta información es importante para nuestro estudio pues aun cuando se encontró que la depresión es menor en Abancay que en Cusco, la presencia de cinco mil casos diagnosticados con trastornos depresivos en toda la Región Apurímac, es significativa, aclarando que estos han sido evaluados por los profesionales que laboran en los establecimientos de salud de la región. En el presente estudio se ha trabajado con pacientes que asistieron a la atención primaria buscando contactar con el médico, odontólogo, enfermero u otro profesional para atenderse de alguna dolencia. Esto sugiere que el problema es significativo al haberse encontrado que las tres cuartas partes de la muestra refleja algún nivel de depresión.

Los resultados generales en cuanto a niveles de depresión por ciudades (Cusco/Abancay), permiten identificar diferencias, puesto que se encontraron mayores porcentajes en todos los niveles de depresión en la muestra de sujetos de la ciudad del Cusco y menor porcentaje en los sujetos de Abancay; aparentemente esto es significativo en los tres niveles de depresión, así en el nivel leve, la diferencia es de más del 30% en Cusco, frente al más del 20% de Abancay; en el nivel moderado la diferencia es del 28% de la muestra de cusqueños frente al 21% de abanquinos. Lo mismo ocurre en el nivel de depresión grave, donde la diferencia es de casi el 21% en la muestra cusqueña frente al 10.5% de la muestra abanquina. En general, se encuentra mayor incidencia de los diferentes

niveles de depresión en la muestra cusqueña que en la abanquina. En el caso del nivel grave, porcentualmente, constituye el doble en Cusco que en Abancay. En este caso, se debe considerar además, las diferencias geográficas y climáticas de ambas ciudades (Cusco/Abancay); pues Cusco es de clima semiseco y frío, a más de 3400 metros sobre el nivel del mar (msnm) y con una temperatura promedio de 12°C (máxima de 19,6°C y mínima de 4,2°C), en tanto que Abancay es templado, moderadamente lluvioso, a 2377 msnm y con una temperatura promedio de 18°C (máxima de 23.8°C y mínima de 11.7°C); en ese sentido, los hallazgos de Arregui en el año 1989, son significativos, en la medida que demuestra que los trabajadores de altura tenían mayor frecuencia de percepción de salud alterada y también una mayor frecuencia de síntomas de depresión. Esos resultados sugieren que la depresión es más frecuente entre trabajadores que laboran en zonas altas y no ocurre lo mismo con los trabajadores de zonas geográficamente bajas.

Estadísticamente las diferencias son significativas en cuanto a grupos de sujetos por procedencia, así al evaluar las diferencias de medias aritméticas de los participantes de Cusco (19,36) esta es más alta que las medias de los participantes de Abancay (13,78). Al relacionar las medias, se encuentra una $p = 0,000$, lo que indica que sí hay diferencias significativas, es decir, que en todos los niveles de la depresión se encuentra mayor incidencia en la muestra cusqueña.

En relación a la procedencia de los sujetos estudiados, los resultados indican que la depresión se presenta con mayor incidencia en la muestra de cusqueños que en la de abanquinos; y en relación al género, la depresión presenta mayor incidencia en el grupo de las cusqueñas que en la de las abanquinas. Y considerando ambas variables (procedencia y género) se puede observar que la depresión leve se presenta en el 31% de varones cusqueños y en el 19,6% de abanquinos. En el caso de las mujeres cusqueñas, la depresión leve se presenta en un 29,6%, mientras que en las de Abancay se da en un 20,9%. El nivel de depresión moderada se presenta en el 28,3% de cusqueños y en el 23,2% de abanquinos; en el caso de las cusqueñas, este nivel de depresión se presenta en el 28,3%, y en las abanquinas el 20,3%. En el nivel de depresión grave, los resultados encontrados son del 19% de cusqueños y 16,1% de abanquinos; en el caso de las cusqueñas, la depresión grave

se presenta en el 21,8% y en las abanquinas sólo en el 8,5%. No se ha encontrado una diferencia clara en función al género, sin embargo la diferencia es significativa por lugar de procedencia, puesto que la depresión en todos sus niveles se puede observar más en la muestra de Cusco que en la de Abancay. Al respecto, Riveros, Hernández y Rivera (2007), luego de realizar una investigación sobre el nivel de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, concluyeron que la depresión se manifiesta con mayor intensidad en mujeres que en varones, esto último no coincide con los resultados encontrados en la muestra de Cusco y Abancay, donde en general, no existen diferencias significativas en cuanto al género de los participantes. Además, los resultados comparativos según género en Cusco y Abancay, por separado, no permiten afirmar diferencias significativas, así mientras que más del 78% de varones cusqueños presenta algún nivel de depresión, esto se da en casi el 80% de mujeres cusqueñas; algo parecido ocurre en esta misma relación entre varones y mujeres de la muestra de Abancay.

Estadísticamente las diferencias no son significativas en cuanto a grupos de sujetos por género, así al evaluar las diferencias de medias de los participantes según sexo, estas son similares en los hombres (18,47) y en las mujeres (18,48), y al comparar las medias, se encuentra una $p = 0,925$, lo que indica que no hay diferencias significativas.

En lo que se refiere a la depresión por etapa de vida (adolescentes/adultos) en función a la procedencia (Cusco/Abancay), los resultados indican mayor presencia de la depresión leve en los adolescentes abanquinos (42.9%) que en los adolescentes cusqueños (26.8%); por el contrario, en los adultos el porcentaje es mayor en la muestra de Cusco (30.5%) que en la muestra de Abancay (18.9%). En el nivel moderado, se observan resultados parecidos, así pudo encontrarse en casi el 29% de adolescentes abanquinos y el 25% de cusqueños; en el 28.5% de adultos cusqueños y en el 20.5% de abanquinos. Como se puede ver los niveles de depresión leve y moderada, son porcentualmente mayores en los adolescentes cusqueños, mientras que en los adultos estos niveles de depresión son porcentualmente mayores en Abancay. En cuanto a la depresión grave, ésta se refleja en el 25% de los adolescentes cusqueños frente al 14.3% de abanquinos; en el 20.3% de adultos

cusqueños y el 10.4% de abanquinos, observándose mayor depresión grave en los sujetos de Cusco en relación a los sujetos de Abancay. En general, se encuentra que la depresión leve se presenta más en los adolescentes y menos en los adultos. La depresión moderada se presenta relativamente más en los adultos que en los adolescentes, la depresión grave se presenta más en adolescentes que en adultos. Este resultado coincide con lo encontrado por Gómez quien en el año 2001, en base a un estudio realizado, concluye que la depresión es una afección frecuente en Colombia y que se deben poner en marcha medidas dirigidas a reducir el riesgo de depresión, especialmente en personas mayores de 45 años de edad. En general, estadísticamente las diferencias no son significativas en cuanto a grupos de sujetos por etapa de desarrollo, así al evaluar las diferencias de medias de los participantes según etapa vital, estas son similares en los adolescentes (19,98) y adultos (18.26), y al relacionar las medias, se encuentra una $p = 0,710$, lo que indica que no hay diferencias significativas.

En cuanto al nivel de instrucción (escolar/superior), el grupo de sujetos con instrucción escolar (primaria y secundaria) de la muestra cusqueña presentan un nivel de depresión leve en un 27,5%, y en el grupo de escolares abanquinos en un 29,5%; mientras que, en el grupo de sujetos con instrucción superior de la muestra cusqueña presentan un nivel de depresión leve en un 33,6%, y en la muestra abanquina en un 20,5%. Como se puede observar, el nivel de depresión leve se presenta porcentualmente más en sujetos con educación escolar abanquinos que en los cusqueños; sucede al revés en el caso de los que tienen educación superior, en el que se encuentra mayor porcentaje en los cusqueños que en los abanquinos. Haciendo una comparación de los promedios porcentuales por cada nivel de instrucción, se encuentra que el nivel leve de depresión está más presente en los escolares que en los que poseen educación superior. En cuanto al nivel moderado de la depresión, los resultados alcanzan el 32% de cusqueños y el 33% de abanquinos, con educación escolar; y casi el 23% de cusqueños y el 13% de abanquinos con educación superior. En este caso, se observa también un mayor porcentaje de sujetos pertenecientes a la muestra de abanquinos con depresión moderada, que en los cusqueños con educación escolar, y un mayor porcentaje de cusqueños que abanquinos con educación superior con depresión moderada. En cuanto se refiere al nivel de depresión grave, los resultados en los sujetos con educación escolar alcanzan el 27% de cusqueños y el 19,6% de abanquinos; el

12,7% de cusqueños y 11% de abanquinos con educación superior. En este caso puede observarse que el nivel de depresión grave es de mayor incidencia en los sujetos de Cusco que en los de Abancay, también se encuentra que este nivel de la depresión es porcentualmente mayor en los que tienen educación escolar frente a los que tiene educación superior. Al respecto, en la investigación que realizaron Riveros y sus colaboradores (2007), estudiando el nivel de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, encontraron que cerca al 13% de la muestra presenta depresión, aun cuando en este estudio no se compararon los resultados de los estudiantes sanmarquinos con grupos de menor nivel de instrucción, considerando que la muestra es del pregrado universitario, no coincide con lo encontrado con las muestras estudiadas.

Estadísticamente, las diferencias son significativas en cuanto a grupos de sujetos por nivel de instrucción; así, al evaluar las diferencias de medias aritméticas de los participantes con nivel escolar (21,08) y en los sujetos con educación superior (15,09), se encontraron diferencias a favor de los que tienen nivel escolar. Al relacionar estas medias, se encontró una $p = 0,000$, lo que indica que sí hay diferencias significativas, es decir, hay mayor depresión en sujetos con nivel escolar frente a los sujetos con educación superior.

En lo que se refiere a la variable ocupación (no trabajo/trabajo eventual/trabajo estable/estudiante) y la procedencia (Cusco/Abancay), los resultados indican que la depresión leve se presenta en el 28,8% de cusqueños y en el 26,7% de abanquinos que no trabajan; en el 27,2% de cusqueños y en el 10% de abanquinos que trabajan eventualmente; en el 30,1% de cusqueños y el 16,3% de abanquinos que tienen trabajo estable; y en el 34% de cusqueños y el 17,2% de abanquinos que son estudiantes. Puede observarse que en todos los grupos ocupacionales, la depresión es porcentualmente mayor en Cusco que en Abancay. Esta misma relación se ha encontrado en los resultados porcentuales correspondientes al nivel de depresión moderada, así, se presenta en el 32,5% de cusqueños y en el 20% de abanquinos que no trabajan; en el 31,2% de cusqueños y el 50% de abanquinos que trabajan eventualmente; en el 19,6% de cusqueños y 12,5% de abanquinos que trabajan de manera estable, y en el 25,5% de cusqueños y 37,9% de

abanquinos que son estudiantes. En cuanto a los resultados encontrados en el nivel de depresión grave, la diferencia porcentualmente mayor se da en la muestra cusqueña de los que no trabajan (24,4%), tienen trabajo eventual (25,2%) y trabajo estable (17%), frente a la muestra de abanquinos que no trabajan (11,7%), trabajan eventualmente (10%) y los que trabajan de manera estable (7,5%). Solamente en los estudiantes la depresión grave es porcentualmente mayor en la muestra de Abancay (17,2%) frente a la muestra de Cusco (15,6%). En general, la muestra que tiene trabajo estable presenta porcentualmente menos depresión que los demás grupos.

Estadísticamente, la media aritmética del nivel de depresión, según el IDB, de los participantes que tienen trabajos eventuales (20,78) es notablemente mayor a la media de la muestra con trabajo estable (14,48) y a la media de los estudiantes (17,86). La media aritmética del nivel de depresión, según el IDB, de los que no trabajan es más alta (19,52) que los sujetos que tienen trabajo estable (14,48); así también, la media de los que tienen trabajo estable, es significativamente menor a las del resto. Los resultados estadísticos indican que existen diferencias significativas entre esas medias aritméticas. Para un análisis adecuado de los aspectos psicológicos del empleo y desempleo, particularmente del desempleo, es necesario considerar los grupos de jóvenes y adultos, cuyas respuestas son diferentes frente al desempleo, cada grupo responde de diferente manera ante una situación como esta; así, para los jóvenes puede significar la continuación de la dependencia de los padres, el rechazo de la sociedad, el fracaso que podría acarrear retraimiento marcado por la depresión, problemas en sus relaciones sociales y otros. En el caso de los adultos estos pueden responder con sentimientos de inutilidad, baja autoestima y angustia, lo que también acarrea problemas de depresión (Buendía, 1990). En el caso de la muestra de estudio, aún cuando Cusco sea una ciudad muy turística en crecimiento, hay una buena parte de la población joven y particularmente adulta, desocupada; mientras que en Abancay, en los últimos años, la presencia de empresas mineras importantes en la Región Apurímac, le ha dado un impulso significativo a la economía local, por ello la presencia de conglomerados hoteleros cada vez mayores; aun así, en esta ciudad también puede observarse una gran cantidad de jóvenes y adultos desempleados. Este es un factor

importante para explicar la presencia de la depresión en ambas ciudades y también para explicar la cada vez más creciente presencia de bandas delincuenciales de jóvenes.

Finalmente, al relacionar los factores de procedencia, género, etapa vital, instrucción y ocupación con los niveles de depresión, utilizando la prueba chi cuadrada, por tener datos cualitativos, al 95% de confiabilidad, se puede afirmar que el grado de instrucción es un factor asociado con la depresión, con $p = 0,00 < 0,05$; la ocupación también es un factor asociado con la depresión, con $p = 0,00 < 0,05$, y la procedencia también es otro factor asociado con la depresión, con $p = 0,00 < 0,05$. Estos resultados permiten afirmar que el nivel de instrucción, la ocupación y la procedencia, estarían fuertemente asociados con la presencia de la depresión, según el Inventario de Depresión de Beck (IDB).

Como se puede observar la depresión no es un problema que obedezca a tan sólo uno o algunos factores, en este estudio se considera que el hecho de vivir en zona alta es un factor determinante para la presencia de más sujetos con depresión en Cusco que en Abancay, pero no es el único, también el grado de instrucción y la ocupación laboral son factores influyentes. Esto permite aceptar y defender la perspectiva multifactorial de la depresión. Cusco es una ciudad con historia, con un pasado que probablemente enorgullezca a muchos cusqueños, es aquí donde se desarrolló el imperio Inca con tremenda influencia en Sudamérica, Pachakútec logró ampliar los límites de su imperio hasta Ecuador por el norte, todo Bolivia y gran parte de Argentina, en el sur, pero no pudo con los pueblos y culturas cercanos, así la historia nos dice que los Chankas que vivieron en lo que es actualmente el Apurímac, no pudieron ser conquistados por los Incas, era un pueblo rebelde que no aceptó con facilidad la injerencia inca. Los nativos chankas se rebelaron, y aun cuando el imperio logró llegar para conquistarlos, muchos prefirieron retirarse hacia la selva peruana con tal de no ser sometidos a los intereses incásicos. Este hecho histórico permite también explicar las diferencias, cuando los resultados permiten afirmar que hay más depresión en Cusco que en Abancay pues aún con una diferencia actual de cinco a seis horas por la carretera interoceánica, son ciudades con pobladores diferentes, donde actualmente se forja el desarrollo comercial gracias a la presencia significativa de la minería, desarrollo hotelero y presencia de casi todos los bancos

comerciales, además de tres universidades. Abancay se presenta como una ciudad de progreso y con una vida social intensa, además de los movimientos económicos significativos al igual que Cusco, sin embargo hay pobreza y pobreza extrema. Geográficamente Abancay es una ciudad no plana sino en declive, por lo que en época de lluvias (noviembre a marzo) sufren las inclemencias de la naturaleza, los ríos se sobrecargan y, en ocasiones, inundan algunas zonas de la ciudad, particularmente las altas donde también se presentan huaycos que, en algunos casos, son significativos y que empeoran la economía de las familias que de por sí está venida a menos.

Cusco es una ciudad geográficamente alta y también accidentada, se desarrolla en el valle del Huatanay, es relativamente plana pero está rodeada de cerros y es en las zonas altas donde vive la gente pobre y de extrema pobreza, las zonas periféricas de la ciudad denominadas asentamientos humanos o pueblos jóvenes albergan a pobladores del interior de la región que al no encontrar posibilidades de salida de su pobreza, emprenden a la ciudad grande a trabajar en lo que se pueda. Algunos asentamientos humanos cuentan con servicios básicos pero no de calidad. La mayoría vive pensando en su origen, en sus pueblos y sus costumbres y regresan en circunstancias especiales, como las fiestas patronales o algún acontecimiento social. Se puede afirmar que el creciente turismo no alcanza a todos, además los grandes hoteles y las agencias de turismo son, en su mayoría, de foráneos, particularmente de extranjeros, y, si bien es cierto que el turismo permite el trabajo, los cusqueños, en su mayoría, trabajan en los servicios turísticos pero cumpliendo responsabilidades de bajo estatus laboral y con bajos salarios, por lo tanto con una insatisfacción laboral significativa en la idea de que esto lo heredaron ellos pero lo explotan y aprovechan, otros, y estos son de otras regiones o de otros países.

Con lo descrito se encuentra que en ambas zonas geográficas la depresión se presenta pero como resultado de la pérdida de la posibilidad de crear un vínculo entre la acción y el refuerzo positivo pues ellos posiblemente buscaron un refuerzo mayor pero no lo encontraron, entonces aceptan labores de último nivel buscando un mínimo salario pues se acostumbraron a ello.

La teoría del desamparo o indefensión aprendida o de no contingencia de Seligman, que fue formulada en base al modelo del aprendizaje pero incluyendo algunas explicaciones cognitivas, explica bien lo que es está afirmando. Según el modelo, una persona sometida a situaciones no controlables presentará un conjunto de déficits motivacionales, cognitivos y emocionales a lo que se denomina *indefensión aprendida*. La secuencia que puede producir el estado de depresión es que el sujeto está expuesto a situaciones incontrolables, es decir a situaciones en las que la probabilidad de obtener refuerzo si se emite una respuesta operante (respuesta a la que sigue un reforzador o premio) es igual a la probabilidad de obtenerlo si no se produce. Las experiencias de incontrolabilidad producen expectativas de incontrolabilidad, es decir que el sujeto no tiene control sobre la situación, interfiriendo en aprendizajes adaptativos posteriores. Ello ocurre en la mayoría de pobladores de niveles medios y bajos en ambas ciudades, así no manifiestan interés por obtener mayores ganancias como que se acostumbraron a ganar poco o no ganar. Viven su realidad en una *aparente* felicidad, con un conformismo tal que asumen tener lo suficiente como para poder alimentarse, pagar sus alquileres, servicios básicos, vestir la ropa más barata o de segundo uso que encuentran en los sábados de baratillo (costumbre cusqueña en las calles del distrito de Santiago, de todos los sábados donde la gente vende o compra artículos generalmente usados a precios muy bajos, así pueden encontrarse desde cepillos de dientes hasta motores usados y malogrados. Se encuentra además, comida barata, ropa usada, celulares robados, televisores usados, etc.). Sin embargo cuando asisten a sus pueblos de origen, aparecen como los *tayta llactas o mistis* (personas importantes que ya no visten como sus coterráneos, hablan el castellano y gastan dinero en las fiestas del pueblo) y reciben refuerzos o premios por la atención que reciben, sin embargo al regresar a la ciudad, manifiestan añoranza, tristeza y deseos de vivir allá junto a sus familiares de origen, pero tienen que conformarse en la ciudad con lo poco que ésta le brinda aunque no reciban reforzamiento social.

Los déficits característicos de la depresión se manifiestan en estos sujetos al disminuir sus respuestas operantes y no responder debidamente en el trabajo, tienen dificultades para aprender nuevas respuestas reforzadas y la presencia de sentimientos de indefensión y desesperanza.

La mayoría de estos pobladores tienen una historia rodeada de pobreza e ignorancia aun cuando hoy hayan podido mejorar su economía y calidad de vida gracias a los beneficios de la vida urbana, sin embargo hay que recordar que el depresivo interpreta los acontecimientos ajustándose a esquemas previos, en base a las primeras experiencias, que emergen con facilidad y dirigen la información presente, acomodándola y moldeándola según su peculiar modo de construcción e interpretación. Beck considera que estos esquemas cognitivos se han desarrollado desde la infancia y adolescencia, a partir de las interacciones con el entorno, las opiniones de otros sobre el sujeto y el modelamiento paterno. A raíz de estos esquemas las personas desarrollan la TRIADA COGNITIVA DEPRESIVA, viéndose a sí mismos, al entorno y al futuro de manera negativa, estando correlacionadas correlativamente las tres vivencias con los intentos de suicidio, la dependencia y el estado de ánimo depresivo. Beck, para dar cuenta de la depresión acude a tres niveles de análisis funcional: Los esquemas cognitivos, la triada depresiva y los errores o distorsiones cognitivas.

Por otro lado muchos de los pobladores, particularmente los que luego de vivir mucho tiempo en sus comunidades de origen, han llegado a la ciudad con sus propias creencias, sus valores, y sus costumbres andinas fundamentadas en una cosmovisión muy interesante, donde los Apus (cerros y nevados) y la pachamama (madre tierra) tienen significativa influencia sobre sus vidas, parecen tener dificultades para manifestar sus emociones, aquellas que corresponden a la ciudad y a los que la habitan desde hace mucho tiempo, de tal forma que, por ejemplo, si un hijo logra ingresar a la Universidad Nacional o logra acceder a una empresa importante a laborar, parece como que no les alegra, no muestran rostro de afectos y emociones como lo hacen los que viven en la ciudad. Sus silencios y rostros serios y rígidos permiten afirmar que no aprendieron a manifestar abiertamente sus emociones. Es posible que no tengan tan solo dificultades para verbalizar estados afectivos sino que jamás aprendieron a hacerlas. Se observa también un conformismo social drástico y, por lo general, no reaccionan a situaciones que inducen al conflicto o la respuesta agresiva. Es posible que muchos consideren a estas formas de comportamiento dentro de la llamada alexitimia pues muchas de sus características coinciden, así ocurre cuando se afirma que los conflictos no pueden ser expresados

verbalmente. Como dice Ruesch (citado por Otero, 1999), estos sujetos, con una detención en el desarrollo, tienen dificultades para las relaciones interpersonales, para la expresión verbal y simbólica de los conflictos y para la integración de experiencias, por lo que se exponen repetidamente a situaciones de frustración que no saben manejar. Para Freyberger (1985) esta sería una alexitimia primaria que es considerada el resultado del bloqueo temprano en el desarrollo afectivo del niño y tendría un significado etiológico de predisposición personal cognitivo-afectiva. No podría ser una alexitimia secundaria porque esta última es una reacción transitoria específica que acompaña o permanece tras una situación de enfermedad orgánica, un traumatismo importante o determinadas situaciones de conflicto en cualquier sujeto, que puede desaparecer cuando la situación remite (alexitimia secundaria aguda) o puede ser un estado permanente en pacientes cuya enfermedad o cuyo traumatismo tiende hacia un desarrollo crónico (alexitimia secundaria crónica).

Se puede concluir, señalando lo siguiente: De acuerdo con el objetivo general del estudio, los resultados encontrados permiten afirmar que el lugar de procedencia, el grado de instrucción y la ocupación, son factores significativamente asociados con la depresión. El grupo etario es otro factor asociado pero de menor significancia. El género no constituiría un factor asociado con la depresión, de acuerdo con los resultados del presente estudio. Ello coincide con la investigación realizada por Acosta y García (2007) quienes concluyeron que los signos depresivos en adultos mayores (en el que predominó el nivel medio de depresión), es indiferente a la diferencia de género.

CONCLUSIONES

Basados en los resultados del presente estudio se indican las siguientes conclusiones:

PRIMERA.-Las tres cuartas partes de la muestra general presentan algún nivel de depresión. La depresión leve es la de mayor incidencia en términos porcentuales, seguida de la depresión moderada y, después, la depresión grave, que se presenta en la quinta parte de la muestra total del estudio.

SEGUNDA: Existen diferencias estadísticamente significativas, en cuanto a manifestación de signos depresivos según el lugar de procedencia, en la muestra total de Cusco y Abancay.

TERCERA: No existen diferencias estadísticamente significativas, en cuanto a la manifestación de signos depresivos según la diferencia de géneros, en la muestra total de Cusco y Abancay.

CUARTA: En cuanto a grupos de edad, la depresión leve es mayor en adolescentes y adultos; mientras que la depresión moderada se presenta más en los adultos que en los adolescentes. En general, la depresión se puede observar más en adolescentes que en adultos, sin embargo estadísticamente las diferencias no son significativas.

QUINTA: Hay diferencias significativas entre los que tienen educación escolar (primaria/secundaria) frente a los que tienen educación superior. El grupo de participantes con educación escolar presenta mayor incidencia de depresión con un 85%, en relación con el 60% de los sujetos con educación superior.

SEXTA: En lo que se refiere a la ocupación, la muestra que tiene trabajo estable presenta menor nivel de depresión que los demás grupos. En ese sentido, la media aritmética de los participantes que poseen trabajos eventuales es mayor que la de los sujetos que poseen trabajo estable, y, también, es mayor que la media aritmética de los estudiantes. Además los sujetos que no trabajan muestran medias más altas que los que tienen trabajo estable; la media aritmética de los que tienen trabajo estable, es significativamente menor a las del resto.

SÉPTIMA: El lugar de procedencia, el grado de instrucción y la ocupación son factores significativamente asociados con la depresión en pacientes con atención primaria de la salud en Cusco y Abancay.

OCTAVA: Los niveles de depresión por regiones geográficas son diferentes, los porcentajes en todos los niveles de la depresión son mayores en la muestra de sujetos provenientes de Cusco que de Abancay, esto es significativo en la depresión moderada y en el nivel de depresión grave, donde la diferencia de porcentajes es el doble en la muestra cusqueña frente a la muestra abanquina.

SUGERENCIAS

PRIMERA.- Considerando que Cusco es una ciudad donde se encuentran mayores porcentajes y mayores niveles de depresión, es tarea de todos los que profesional que tienen que ver con la salud del público, desarrollar actividades preventivas y de promoción de la buena salud. Esto debe partir de la Dirección Regional de Salud y de los gobiernos locales. En general, en ciudades como Cusco y Abancay se hace necesaria la presencia de psicólogos en el primer nivel de atención.

SEGUNDA.- Es necesario que los profesionales de la salud participen en la solución progresiva del problema, formando parte de grupos interdisciplinarios que deben planificar programas de prevención e intervención en problemas de depresión, considerando el nivel educativo de los pobladores, la desocupación y otros factores a tener en cuenta.

TERCERA.- Según los resultados del presente estudio, es necesario que el sector salud promueva acciones de prevención e intervención, dirigidos a grupos de pobladores, básicamente, con educación escolar, que serían los más propensos a la depresión.

CUARTA.- Las universidades que se desarrollan en las ciudades de Cusco y Abancay y los institutos de educación superior deben ser copartícipes en las acciones de prevención e intervención de la depresión.

QUINTA.- Considerando que la depresión es mayor en grupos de adolescentes, la preocupación en la atención preventiva e intervención debe estar dirigida prioritariamente a estos grupos etarios en ambas regiones: Cusco y Apurímac.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L.Y.; Seligman, M.E.P.; y Teasdale, J.D. (1978). Learned Helplessness in Humans: critique and reformulation *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- Acosta, C. y García, R. (2007). *Ansiedad y Depresión en Adultos Mayores*. México: Psicología y Salud. Consultado en marzo, 19, 2011 en <http://redalyc.uaemex.mx>.
- Alarcón, R. (2008). *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento*. Lima: Universidad Ricardo Palma, editorial universitaria.
- Almeida Filho, N., Souza Santana, V. y Mari, J. de J. (1988). Principios de Epidemiología para Trabajadores de Salud Mental Montevideo: PROCSAM
- Arregui, A. (1995). Es la Depresión Más Frecuente en la Altura: Resultados de un Estudio Piloto. *Revista Médica Herediana*, 6(4), 182-186.
- Astete, J., Gastanaga, M, Fiestas, V., Oblitas, T., Sabastizábal, I., Lucero, M., Abadie, J., Muñoz, M., Valverde, A. y Suárez, M. (2001). Enfermedades Transmisibles, Salud Mental y Exposición a Contaminantes Ambientales en Población Aledaña al Proyecto Minero Las Bambas Antes de la Fase de Explotación, Perú 2006. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(4), 512-519.
- Beck, A. (1996). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer S.A.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: gedisa editorial.
- Banus, S. (2011). Psicología Clínica Infantil y Juvenil. Consultado en octubre, 2011 en www.psicodiagnosis.es
- Bromet, E., Andrade, L., Hwang, I., Sampson, N. (2011). Cruz – Centro Nacional de Epidemiología Del DSM-IV Episodio Depresivo Mayor. Londres: *BMC Medicine*.
- Buendía, J. (1990). *Psicopatología del Desempleo*. Murcia: Secretaria de Publicaciones e Intercomunicaciones Científicas, Universidad de Murcia.

- Bulbena, A., Berríos, G. y Fernández de Larrinoa, P. (2001). *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología*. Madrid: Masson
- Broadhead, W.E., Blazer, D., George, L.K., y Tse, C.K. (1990). Depression, disability days and lost from work in prospective epidemiologic survey. *Jam.* 264: 2524-2528.
- Bustos, Y. (1998). *La Depresión en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar, Estudio Realizado en los Hospitales Regional y Lorena del Cusco*. Tesis para optar el título de Psicóloga en la Universidad Andina del Cusco, Cusco.
- Calderón, G. (1984). *Depresión, Causas, Manifestaciones y Tratamiento*. México: Trillas.
- Centro Guamán Poma de Ayala y CORDAID (2001). Violencia en Cusco, una Aproximación desde la Salud Pública. *Centro de Educación y Comunicación Guamán Poma de Ayala*.
- Cotraux, J. (1979). *Terapias Comportamentales y Cognitivas*. Madrid: Mason
- Díaz, P. (2001). *Tipos de Personalidad, Niveles de Ansiedad y Depresión que Presentan los Pacientes con Enfermedades Cardiovasculares, Atendidos en el Servicio de Medicina del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco*. Tesis para optar la licenciatura en Psicología en la Universidad Andina del Cusco, Cusco.
- Dirección de Salud de Apurímac (2009). *Informe Anual de Actividades de Salud Mental*. Abancay: Programa Nacional de Salud Mental.
- Dirección Regional de Salud del Cusco (2004). *Registros Estadísticos*. Cusco: Dirección de Estadística e Informática de la DIRESA
- Dirección Regional de Salud del Cusco (2007). *Registros Estadísticos*. Cusco: Dirección de Estadística e Informática de la DIRESA
- Dirección Regional de Salud del Cusco (2007). *Diagnóstico Situacional Estrategia Salud Mental – JUNTOS*. Cusco: Dirección Ejecutiva de Salud Comunitaria
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. y Kleinman, A. (1995). *World mental health: problems and priorities in low-income countries*. New York: Oxford University
- Elorza, H. (1994). *Estadística para las Ciencias sociales y del Comportamiento*. México D.F.: Oxford University Pres.
- Fenichel, H. (1979). *Teoría General de la Neurosis y Psicosis*. Bs. As.: Paidós

- Freyberger, H. (1985). Psychotherapeutic interventions in alexithymic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(2), 72-81.
- Gómez, C. (2004). Prevalencia de Depresión y Factores Asociados con ella en la Población Colombiana. *Revista Panamericana de Salud* (online). 16(6), p.378. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892004001200003>.
- Gonzales, E. (2003). *Relación entre Niveles de Depresión y Tipos de Personalidad en Estudiantes de la Carrera Profesional de Psicología de la Universidad Andina del Cusco*. Tesis para optar la licenciatura en Psicología en la Universidad Andina del Cusco, Cusco.
- Gonzales-Forteza, C. y Rodríguez, E. (1993). *Autoestima y Sintomatología Depresiva en Adolescentes Mexicanos: un estudio correlacional por género*. México: ABP-APAL
- Hayashi, S., Perales, A., Warthon, D., Sogi, C., Llanos, R. y Novara, J. (1985). Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia. *Lima: anales de Salud Mental*, 1: 206-222.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Colombia: McGraw Hill.
- Hiroto, D. en Seligman, M. (1991). *El optimismo es una Ventaja y un Placer que se Adquiere*. Buenos Aires: Atlántida
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2002). *Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002*. Lima: 18, 1.
- Klerman, G.L. (1980). Affective Disorders. Cap. 18. En *Comprehensive of psychiatry III*. Kaplan, H. I., Freedman, A. M. y B. J. Sadok (eds.) Baltimore: Williams and Wil Kins.
- López, JA., Sánchez-Azón, MI, Sotelo -Martín, E., Rodríguez-Martín MT. (1994). *Terapia cognitivo conductual en la depresión: Un modelo de competencia*. En Colegio Oficial de Médicos de Palencia. Actualización de los trastornos depresivos en Atención Primaria. Palencia (España): Lilly.
- Loyola, L.A. (2005). *Atención Primaria de la Salud, Alma-Atá, Kazajistán, 1978*. 134 países, 64 organismos internacionales.

- Manelic, H. y Ortega, H. (1995). *La Depresión en los Estudiantes Universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Matheson, D., Bruce, R. y Beauchamp, K. (1983). *Psicología Experimental, Diseños y análisis de Investigación*. México: CECSA.
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1988). *Personality moderates the effects of affect on cognition*. Toronto: Hogrefe
- Mendels, J. (1989). *La Depresión*. Barcelona: Ed. Herder
- Mendoza, M., Saavedra, C., Arévalo, M., Cortez, E., Galindo, J., Hajar, V., Marchena, C., Mazzotti, G. y Uribe, R. (2000). Diagnóstico Situacional de la Salud Mental en el Distrito de Independencia. *Serie de Monografías de Investigación N° 8*. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”
- Miller, L. y Smith, A. (2004). *The stress solution*. Consultado en Setiembre, 2009 en www.centrodeapoyoapa.org.
- Miller, L. y Smith, A. (2004). *¿Cómo nos afecta el estrés?* Consultado en Setiembre, 2009 en www.centrodeapoyoapa.org
- Ministerio de Salud (1981). *Atención Primaria de Salud en el Perú*. Lima: Comisión Nacional de Atención Primaria de la Salud.
- Ministerio de Salud (2004). *Lineamientos para la Acción en Salud Mental*. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud.
- Ministerio de Salud (2008). *Guías de Práctica Clínica en Salud Mental y Psiquiatría: guía de práctica clínica en depresión*. Lima: Dirección General de Salud de las Personas – Dirección de la Salud.
- Ministerio de Salud (2011). *Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad*. Lima: Minsa.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A.B. y de Vicente, A. (2001). *Instrumentos de Evaluación en Salud Mental*. Madrid: Pirámide.
- OMS - UNICEF (1978). *Atención Primaria de Salud, Informe de la Conferencia Internacional Atención Primaria de Salud Alma-Ata URSS*, 12 de setiembre de 1978, Ginebra
- OMS (2007). *Estadística*. Estados Unidos: S/N

- OPS (2005). Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento oficial.
- Otero, J. (1999). *Alexitimia, una Revisión*. Sevilla: H.U. Virgen del Rocío.
- Palomino, A. (2001). *Niveles de Ansiedad y Tipos de Personalidad en Pacientes Preoperatorios Sometidos a Cirugía Mayor Electiva del Hospital Nacional Sur Este ESSALUD del Cusco*. (Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología en la Universidad Andina del Cusco)
- Paikel, E. (1982). *Psicopatología de los Trastornos Afectivos*. Madrid: Pirámide S.A.
- Perales, A., Zambrano, M., Vásquez, G. y Mendoza, A. (1991). *Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo"*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Perales, A., Sogi, C., Sánchez, E., Salas, R., Bravo, F. y Ordóñez, C. (1999). Conductas de Riesgo en Adolescentes de Lima, *Serie de Monografías de Investigación N° 7*. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi"
- Perales, A., Zambrano, M., Vásquez, G. y Mendoza, A. (1991). *Manual de Psiquiatría Humberto Rotondo*. Lima: Editorial e imprenta Enotria S.A.
- Riveros, M., Hernández, H. y Rivera, J. (2007). *Niveles de Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios de Lima Metropolitana en la UNMSM*. Lima: Revista de Investigación en psicología de la UNMSM. Vol. 10.
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2005). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. Lima: Editorial Universitaria URP
- Sanz, J. y Vásquez, C. (1998). *Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck*. Madrid: Psicothema.
- Seligman, M. (1991). *El optimismo es una Ventaja y un Placer que se Adquiere*. Buenos Aires: Atlántida
- Sogi, C. (1997). Aportes de la Epidemiología a la Nosología de la Depresión. *Instituto Nacional Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (Monografías de Investigación)*, p.11-45
- Zurro. A.M; Cano, J.F. (2005). *Compendio de Atención Primaria, Conceptos, Organización y Práctica Clínica*. Madrid: Elsevier, S.A.

ANEXOS

ANÁLISIS DE FIABILIDAD DEL IDB

Se hizo el análisis psicométrico del IDB con la totalidad de sujetos estudiados (1470), encontrándose una confiabilidad y consistencia interna al .837, lo cual indica que la prueba tiene un adecuado nivel de consistencia interna. Ambos niveles de confiabilidad se hallan dentro del rango aceptable o significativo para establecer que el instrumento utilizado es técnicamente adecuado. Además, al relacionar el puntaje total con cada uno de los ítems, se han encontrado coeficientes de correlación significativos (ver tablas).

IDB Estadísticos de fiabilidad

	Correlación elemento-total elemento-total	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
I01	,385	,831
I02	,459	,828
I03	,441	,828
I04	,461	,828
I05	,577	,823
I06	,479	,827
I07	,554	,826
I08	,486	,826
I09	,571	,824
I10	,359	,833
I11	,186	,841
I12	,397	,830
I13	,396	,830
I14	,385	,831
I15	,489	,827
I16	,341	,833
I17	,532	,825
I18	,379	,831
I19	,359	,832
I20	,124	,844
I21	,379	,831
Alfa de Cronbach	=	,837

BAREMO IDB

Se ha obtenido la curva de COR, para ello se ha trabajado con el total de evaluados encontrándose además el siguiente baremo para la muestra estudiada.

IDB – Baremo

Niveles de depresión	Puntaje
No depresión	0 – 10 puntos
Depresión leve	11 – 19 puntos
Depresión moderada	20 – 28 puntos
Depresión grave	29 – 63 puntos
